

様式第 1 号(第 3 条関係)

おむつ代の医療費控除に係る確認書交付申請書(1 年目)

年 月 日

(あて先)宝塚市長

所得税の確定申告等に使用するの、主治医意見書のうち、 年に使用した
おむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、確認書の交付を申請します。

申請者	住所	〒					続柄		☐ 本人 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ その他()			
	氏名											
	電話番号 () - () - ()											
対象者	住所	☐ 申請者と同じ 〒										
	氏名	☐ 申請者と同じ					生年 月日	明治・大正・昭和 年 月 日				
	介護保険被保険者番号											

本手続による証明が認められるのは、対象年に使用したおむつ代分のみです。

※申請に必要な書類

- ・対象者の本人確認書類の写し
- ・対象者本人以外が申請する場合は、申請者の本人確認書類の写しが必要です。

※以下の欄は記入しないでください。

	宛名コード											
申請者の確認	☐ 運転免許証	☐ マイナンバーカード	☐ 介護保険被保険者証									
	☐ 健康保険証	☐ その他()										

確認事項	主治医意見書作成日	年	月	日	判断
	障害高齢者の日常生活自立度 □B1 □B2 □C1 □C2				□ 適 ・ □ 否 担当()
	尿失禁の発生可能性又はカテーテルの使用 □ 有 ・ □ 無				
	認定の有効期間				

確認事項	主治医意見書作成日	年	月	日	判断
	障害高齢者の日常生活自立度 □B1 □B2 □C1 □C2				□ 適 ・ □ 否 担当()
	尿失禁の発生可能性又はカテーテルの使用 □ 有 ・ □ 無				
	認定の有効期間				

確認事項	主治医意見書作成日	年	月	日	判断
	障害高齢者の日常生活自立度 □B1 □B2 □C1 □C2				□ 適 ・ □ 否 担当()
	尿失禁の発生可能性又はカテーテルの使用 □ 有 ・ □ 無				
	認定の有効期間				

要介護認定の有効期間