

医療費控除に係るおむつ使用確認申請書

(宛先) 高槻市長

申請者 氏名

住所

被保険者との続柄

電話番号

確定申告に使用するため、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(2年目以降)に必要な事項について、確認をお願いします。

被保険者番号									
住所	高槻市								
氏名									
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日								

《市記入欄》
 身分証明確認

(受付印)

《本人同意欄》

申請者に対して、確認書を交付することに同意します。

本人署名欄

(様式第2号)

高槻市長 第 号
令和 年 月 日

医療費控除に係るおむつ使用確認書

住所 高槻市

氏名

高槻市長

貴方からの申請に基づき、 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、貴方の主治医意見書を確認したところ、以下の通りです。

1. 主治医意見書の作成日

年 月 日

2. 要介護認定の有効期間

年 月 日～ 年 月 日

3. 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)

B1 B2 C1 C2

4. 尿失禁の発生の可能性

あり