

医療費控除に係るおむつ使用確認申出書

(宛先) 高槻市長

氏名(続柄) ()

申
出
者

〒

住所

電話番号

確定申告に使用するため、主治医意見書のうち令和____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、確認をお願いします。

対象者	被保険者番号	0	0	0							
	住所										
	氏名										
	生年月日	大正・昭和 年 月 日									
	その他	おむつ代の医療費控除を受ける年数(該当するものに○) 1年目 ・ 2年目以降									

《本人同意欄》※申出者が本人、生計を一にする親族、後見人である場合、本人死亡の場合は不要
主治医意見書の内容を確認すること及び申出者に対し確認書を交付することに同意します。

本人署名

※申出に必要な書類

- ・申出者の本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証、資格確認書等)
- ・郵送提出の場合 本人確認書類の写し、返送用封筒(切手貼付)

長寿介護課処理欄(記入しないでください)

受付者確認	共通	<input type="checkbox"/> おむつを使用した年に有効な要介護等認定(※)がある <input type="checkbox"/> 申出者の本人確認証確認 <input type="checkbox"/> 同意欄確認 <input type="checkbox"/> 令和6年以降に使用したおむつ代の医療費控除に関する申出である(令和5年以前の分は旧様式を使用する)
担当者確認	1年目	<input type="checkbox"/> 当該認定(※)における意見書の内容が、要件(B又はCかつ尿失禁又はカテーテル)を満たしている <input type="checkbox"/> 当該認定(※)の有効期間が6か月以上ある、又は、複数の連続する有効期間の合算が6か月以上ある
	2年目以降	<input type="checkbox"/> おむつを使用した年に作成された意見書があり、要件(B又はCかつ尿失禁又はカテーテル)を満たしている (<input type="checkbox"/> おむつを使用した年に意見書がない場合) <input type="checkbox"/> 当該認定(※)における意見書の内容が、要件(B又はCかつ尿失禁又はカテーテル)を満たしている
不備への対応(対応時のみ確認)		<input type="checkbox"/> 主治医意見書作成者へ電話にて、(□尿失禁 □カテーテル)が要件に該当することを確認済

(受付印)