

令和 年 月 日

大山町長 様

申請者 郵便番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____

対象者との続柄 ()

電 話 _____

おむつに係る費用の医療費控除確認書交付申請書

確定申告に使用するので、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、確認願います。

【対象者】

住 所 :

氏 名 :

生年月日 : 年 月 日

被保険者番号 :

※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

＜担当者記入欄＞

主治医意見書作成日 : 年 月 日
要介護認定有効期間 : 年 月 日～ 年 月 日
介護度 :
障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） B1・B2・C1・C2
カテーテルの使用または尿失禁の発生可能性 あり・なし