

おむつ代に係る医療費控除確認書交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 松本市長

申請者 (送付先) 〒

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

下記の者について、おむつ代に係る医療費控除の証明に必要な事項を確認するため、要介護認定に係る主治医意見書の確認及び確認書の交付を申請します。

対象者	住 所		介護保険 被保険者番号	
	氏 名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
対象年	令和_____年に使用したおむつ代に係る医療費控除の証明			
おむつ代の医療費 控除を受ける年数	1年目 (今回が初めて) ・ 2年目以降 (既に受けている)			

松本市記載欄

決 裁	起案日	上記申請について、確認書を交付してよろしいで しょうか。				主治医意見書作成日
	. .					年 月 日
	決裁日	担当者 老人指導主事 係長 課長				認定有効期間
	. .					~
	施行日					障害高齢者自立度
. .	B1・B2・C1・C2					
						尿失禁 ・ カテーテル

※医療費控除を受ける年数が1年目の場合、令和6年以降の証明でありかつ連続した6か月以上の認定有効期間がある場合のみ可とする。

※「カテーテル」使用による可否判断は令和6年以降の証明のみとする。