

おむつ代の医療費控除証明（主治医意見書内容確認）申請書

令和 年 月 日

宗像市長 あて

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。

（被保険者） 対象者	被保険者番号									0	0
	フリガナ										
	氏名										
	住所										
	電話番号										
生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	申請者との 続柄						
申請者	氏名										
	住所										
	電話番号										

【宗像市処理欄】

確認内容	寝たきり度 (該当するものに○)	自立 B1	J1 B2	J2 C1	A1 C2	A2	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 (「B1～C2」ならば該当)			
	失禁の発生可能性	<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 (「あり」ならば該当)			
	尿カテーテルの使用 ※失禁の発生可能性なしの場合	<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 (「あり」ならば該当)			
	主治医意見書作成日 ※複数の要介護認定に係る意見書がある場合は、最も新しいものの作成日を記載すること	令和	年	月	日					
	要介護認定の有効期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
	おむつ代の医療費控除を受ける年数	<input type="checkbox"/> 1年目		<input type="checkbox"/> 2年目以降						

※該当主治医意見書の写しを添付すること。