

おむつ代の医療費控除の証明に係る必要事項確認依頼書兼確認書

令和 年 月 日

鹿児島市 介護保険担当課長 殿

(申請者) 住 所 _____
氏 名 _____
続 柄 () 電話番号 (-)

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、平成・令和 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の確認をお願いします。

対 象 者	住 所			
	氏 名			
	被保険者番号	生年月日	明・大・昭	年 月 日

(鹿児島市確認欄)

あなたからの申し出に基づき、平成・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、対象者の主治医意見書等を確認したところ、以下のとおりです。

1 主治医意見書の作成年月日	平成・令和 年 月 日
2 要介護認定の有効期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日
3 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2
4 尿失禁の可能性	あり

※ 市処理欄

窓口受付	認定係確認

鹿児島市 介護保険担当課長

確認日付 令和 年 月 日

確認印 印