おむつ代の医療費にかかる主治医意見書確認書交付申請書

令和　　年　　月　　日

ふじみ野市長　　宛

　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（２年目以降）に必要な事項について、確認願います。

　　　　　　　　　　　 　申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　 　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　 　電　　話

　　　　　　　　　　　　　　　　 （続柄　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　 　対象者　住　　所　ふじみ野市

　　　　　　　　　　　　　 　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　 　被保険者番号

【市役所記入欄】申請者の方は、記入不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 該当可否 | おむつ使用証明は、　　　初回　　・　　２年目以降 |
| 主治医意見書 | 障害者高齢者の日常生活自立度 | 自立・Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２ |
| 尿失禁の発生可能性　 | あり　・　なし |

※網掛け部分のいずれにも該当すること。