

様式第 1 号（第 4 条関係）
おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書確認書交付申請書
年 月 日
ふじみ野市長 宛て

申請者 住所
氏名
電話番号
(続柄)

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、確認書の交付を申請します。
記

対象者	住所	ふじみ野市		
	氏名		生年月日	年 月 日
介護保険 被保険者番号				
おむつ代の医療費控除を受ける年数		1 年目・2 年目以降		

私は、おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書確認のために市が公簿により確認することに同意します。
(対象者氏名)

※市記入欄（申請者の方は、記入不要です。）

該当可否	初回 ・ 2 回目以降	
認定期間	・ 初回は 6 月以上、 （当該年における認定期間が 6 月未満であっても、認定期間全体が 6 月以上であれば対象） ・ 2 回目以降は当該年を含む 1 3 月以上 （当該年中に 1 2 月以下の認定を受けた場合は、当該主治医意見書で要件を満たしていること）	
主治医意見書	障害高齢者自立度	B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2
	尿失禁の発生可能性 またはカテーテル使用	あり