

別紙 1

おむつ費用の医療費控除に係る
確 認 書 交 付 申 出 書

年 月 日

大和高田市長 様

住 所 大和高田市

申請者 氏 名

電話番号 ()

確定申告に使用しますので、要介護認定に係る主治医意見書のうち、 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。

対 象 者 氏 名		介護保険被保険者番号		
フリガナ				
		生 年 月 日		性別
		大・昭		男・女
		年 月 日		
住 所	大和高田市			
確認事項 1. 主治医意見書の作成日 2. 要介護認定の有効期間 3. 障害高齢者の日常生活自立度 4. 尿失禁の発生可能性または尿カテーテルの使用		受 付 印		