

令和 年 月 日

おむつ代医療費控除に係る主治医意見書内容確認申請書

美濃市長様

申請者 住所 _____

氏名 _____ (印)

被保険者

との関係 _____

電話 (_____) _____

確定申告に使用するので、下記の被保険者に係る主治医意見書の記載内容のうち、平成 年を使用した**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。

記

被保険者番号	0	7	0	0	0	0				
被 保 険 者	住 所 美濃市									
	フリガナ						性 別	男 ・ 女		
	氏 名									

※ 注意事項

おむつを使用した当該年に作成された主治医意見書を美濃市が保有し、その記載内容の「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)」が「B1. B2. C1又はC2」でかつ「尿失禁の発生可能性」が「あり」などの場合に内容確認書を交付させていただきますのでご承知ください。

※ 2年目の確認

- 申請者からの聞き取り
- 前年のおむつ使用証明書