

年 月 日

浦添市長 殿

申請者 住 所: _____

氏 名: _____

対象者との続柄: _____

電 話: _____

確定申告に使用しますので、対象者が _____ 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、介護保険主治医意見書の内容を確認した証明書を交付するよう申請します。

対象者	被保険者番号								フリガナ			
									氏 名			
	生年月日	年 月 日					性別	男	・	女		
住 所	〒 -							電 話	-			

- ※ 次の1と2の要件を満たす方に「おむつ代の医療費控除事項証明書」の発行が可能です。
 - 1 おむつ代について医療費控除を受けるのが2年目以降である方
 - 2 介護保険主治医意見書の記載内容が次の3点の全てを満たす方
 - i) 作成日が、おむつを使用した当該年、その前年又はその前々年(現に受けている要介護認定の有効期間が13か月以上であり、おむつを使用した当該年に主治医意見書が発行されていない場合に限る。)である。
 - ii) 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)がB1、B2、C1又はC2のいずれかである。
 - iii) 尿失禁の発生可能性が「あり」である。
- ※ 医療費控除を受けるのが1年目の方や介護保険主治医意見書の内容が上記に該当しない場合は、従来どおりかかりつけ医による『おむつ使用証明書』により医療費控除を受けてください。

▽市記入欄

確認日: _____ 年 月 日

《確認事項》

- 1 おむつ代について医療費控除を受けるのが2年目以降であるか。(申請者に確認)⇒【該当・非該当】
 - 2 介護保険主治医意見書の記載内容の確認
 - ・ 作成日が、おむつを使用した当該年、その前年又はその前々年(現に受けている要介護認定の有効期間が13か月以上であり、おむつを使用した当該年に主治医意見書が発行されていない場合に限る。)である。⇒【 該当 ・ 非該当 】
 - ・ 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) ⇒【 該当 (B1・B2・C1・C2) ・ 非該当 】
 - ・ 尿失禁の発生可能性の「あり」の有無 ⇒【 該当 ・ 非該当 】
- 確認事項1と2の全ての要件を満たすことを確認したので、「おむつ代の医療費控除事項証明書」(様式第2号)を発行して良いか。
- 確認事項1と2の要件を満たさないことを確認したので、証明書発行できない旨説明を行い、非該当通知書を発行して良いか。
- なお、『おむつ使用証明書』の用紙交付により医療機関での証明書交付の説明を行う。

決	課 長	係 長	受 付
裁			