

(提出先) 茨木市長

被保険者との続柄 _____

確定申告に使用するため、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。

介護保険被保険者番号			
住 所			
フリガナ 氏 名			
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日		
おむつ代の医療費控除を受ける年数	1 年 目		2 年 目以降

年 月 日

氏名 様

茨 木 市 長

1. 主治医意見書の作成日

2. 要介護認定の有効期間（おむつ代の医療費控除を受けるのが1年目であり、有効期間が連続する複数の要介護認定を受けている場合には、これらの認定に係る有効（医療費控除を受けようとする年以降のものに限る。）の全てを合算した期間）

3. 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

4. 失禁への対応としてのカテーテル使用又は尿失禁の発生若しくは発生可能性

※おむつ代の医療費控除を受ける年数

1 年目 2 年目以降