

受付 番号		担当 者印	
----------	--	----------	--

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書内容確認申請書

伊丹市長 様

令和 年 月 日

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和 年中に使用したおむつ代の医療費控除の証明（２年目以後）に必要な事項について、確認願います。なお、おむつ代を医療費控除に申告するのは２年目以降であることに間違いありません。

申請者	氏 名			被保険者との関係			
	住 所	〒		本人確認書類	□個人番号カード □運転免許証 □健康保険証 □その他の公的証明書 () ()		
	電話番号	— —					

被保険者	フリガナ		被保険者番号	0	0	0	0						
	氏 名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日									
	住 所												

おむつ代の医療費控除に係る確認証明書

令和 年 月 日

住所

氏名 様

伊 丹 市 長

上記の者が、令和 年中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、主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。

- 主治医意見書の作成日 年 月 日
- 要介護認定の有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日
- 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）（該当するものに○）
B 1 B 2 C 1 C 2
- 尿失禁の発生可能性 あり