

記入例

おむつ使用の確認申請書

令和 ○年 ○月 ○日

長岡市長 様

〒940-8501

住 所 長岡市大手通1丁目4番地10

申請者 氏 名 長岡 太郎

電話番号 0258(39)2245

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和元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、確認願います。

なお、前年のおむつ代について医療費控除を受けております。

〒940-8501

対象者 住 所 長岡市大手通1丁目4番地10

氏 名 長岡 花子

(介護保険被保険者番号)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

生年月日 明(大)・昭 △△年 △△月 △△日

注意事項

- ①おむつ代医療費控除は初回(1年目)は必ず医師が発行する証明書が必要です。
- ②市が医師の代わりに発行するおむつ使用の確認書は、要介護認定の際の主治医意見書の内容によって発行できないことがあります。その場合、2回目以降であっても、初回と同じように医師より証明書を発行してもらってください。
医療費控除の対象となるかの確認は、介護保険課認定係(☎39-2245)又は各支所市民生活課にお問い合わせください。
- ③申請場所 アオーレ福祉窓口 又は 各支所市民生活課