

# 記入例

## おむつ使用の確認申請書

令和〇年 〇月 〇日

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、令和〇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。

〒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 大・昭 △△年 △△月 △△日

※ おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに○）

1年目

2年目以降

### 注意事項

- ①要介護認定の際の主治医意見書の内容によっては、市で「おむつ使用の確認書」を発行できないことがあります。その場合は医師から「おむつ使用証明書」を発行してもらってください。
- ②交付要件等は、介護保険課認定係(☎39-2245)又は各支所地域振興・市民生活課にお問い合わせください。
- ③申請場所 アオーレ長岡福祉窓口 又は 各支所地域振興・市民生活課  
※なお、窓口での即日交付はできませんのでご了承ください。