

おむつ代の医療費控除事項証明申請書

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（ _____ ） _____			
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		

※ 以下の 1・2 に掲げる区分に応じ、要件に該当する方に「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 1 年目である方
 - i) おむつを使用した当該年に現に受けていた要介護認定及び当該認定を含む複数の要介護認定（有効期間が連続しているものに限る。）を合算して 6 か月以上となるものの審査に当たり作成された主治医意見書（当該複数の認定に係る全てのもの）があること。
 - ii) 当該主治医意見書の「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」の記載が B1、B2、C1 又は C2（寝たきり）のいずれかに該当していること。
 - iii) 当該主治医意見書において「失禁への対応」としてカテーテル使用していること又は尿失禁が「現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態」であること。
- 2 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
 - i) おむつを使用した当該年に作成された主治医意見書であること。ただし、おむつを使用した当該年に主治医意見書が作成されていない場合は、当該年に現に受けていた要介護認定の審査に当たり作成されたもので、その有効期間が 13 か月以上であること。
 - ii) 当該主治医意見書の「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」の記載が B1、B2、C1 又は C2（寝たきり）のいずれかに該当していること。
 - iii) 当該主治医意見書において「失禁への対応」としてカテーテル使用していること又は尿失禁が「現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態」であること。

※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』にて医療費控除を受けてください。