様式第1号（第3条関係）

**おむつ代の医療費控除に係る確認書交付申請書（1年目）**

　　　　　　年　　　月　　　日

（あて先）宝塚市長

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

所得税の確定申告等に使用するので、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、確認書の交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | 〒　　　　　　－ | | | | | | 続柄 | | | | □本人  □配偶者  □子  □その他（　　　　） | | | |
| 氏名 |  | | | | | |
| 電話番号　　（　　　　　　　　　）　－　（　　　　　　　　　）　－　（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象者 | 住所 | * 申請者と同じ   〒　　　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | * 申請者と同じ | | | | | | 生年  月日 | | 明治 ・ 大正 ・ 昭和  　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| 介護保険被保険者番号 | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |

本手続による証明が認められるのは、　対象年に使用したおむつ代分のみです。

**※申請に必要な書類**

**・対象者の本人確認書類の写し**

**・対象者本人以外が申請する場合は、申請者の本人確認書類の写しが必要です。**

※以下の欄は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者の確認 | 宛名コード |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| □　運転免許証　　　□　マイナンバーカード　　　□介護保険被保険者証  □　健康保険証　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認事項 | 主治医意見書作成日　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | 判断 |
| 障害高齢者の日常生活自立度  □Ｂ１　　□Ｂ２　　□Ｃ１　　□Ｃ２ | □ 適 ・ □ 否  担当（　　　　　　） |
| 尿失禁の発生可能性又はカテーテルの使用  □ 有 　・　 □ 無 |
| 認定の有効期間　　　　　　　　　　　　～ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認事項 | 主治医意見書作成日　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | 判断 |
| 障害高齢者の日常生活自立度  □Ｂ１　　□Ｂ２　　□Ｃ１　　□Ｃ２ | □ 適 ・ □ 否  担当（　　　　　　） |
| 尿失禁の発生可能性又はカテーテルの使用  □ 有 　・　 □ 無 |
| 認定の有効期間　　　　　　　　　　　　～ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認事項 | 主治医意見書作成日　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | 判断 |
| 障害高齢者の日常生活自立度  □Ｂ１　　□Ｂ２　　□Ｃ１　　□Ｃ２ | □ 適 ・ □ 否  担当（　　　　　　） |
| 尿失禁の発生可能性又はカテーテルの使用  □ 有 　・　 □ 無 |
| 認定の有効期間　　　　　　　　　　　　～ |

要介護認定の有効期間