（様式第１号）

おむつ代の医療費控除証明（主治医意見書内容確認）申請書

令和　　年　　月　　日

宗像市長　あて

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和　　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。

対象者（被保険者）	被保険者番号										
	ﾌﾘｶﾞﾅ										
	氏　名										
	住　所	電話番号									
	生年月日	明治 大正　　年　月　日 昭和						申請者との続柄			
申請者	氏　名										
	住　所	電話番号									

【宗像市処理欄】

確認内容	寝たきり度 （該当するものに〇）	自立　Ｊ１　Ｊ２　Ａ１　Ａ２ Ｂ１　Ｂ２　Ｃ１　Ｃ２	□該当　□非該当 （「Ｂ１～Ｃ２」ならば該当）
	失禁の発生可能性	□あり　□なし	□該当　□非該当 （「あり」ならば該当）
	尿カテーテルの使用 ※失禁の発生可能性なしの場合	□あり　□なし	□該当　□非該当 （「あり」ならば該当）
	主治医意見書作成日 ※複数の要介護認定に係る意見書がある場合は、最も新しいものの作成日を記載すること	令和　年　月　日	
	要介護認定の有効期間	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日	
	おむつ代の医療費控除を受ける年数	□１年目　□２年目以降	

※該当主治医意見書の写しを添付すること。