

## 記載例

### おむつに係る費用の医療費控除のための確認申請書

令和 7 年 1 月 4 日

飯 田 市 長 様

申請者

郵便番号 395-8501

住 所 飯田市大久保町 2 5 3 4

氏 名 介護 花子

(署名又は記名押印)

電話番号 2 2 - 4 5 1 1

対象者との関係 長女

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和 6 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。

※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

※医療費控除を受けるのが 1 年目の場合、令和 6 年以降の申告に限ります

|     |                |                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----|----------------|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 対象者 | 住 所            | 飯田市大久保町 2 5 3 4       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|     | 生年月日           | 明・大・昭 1 0 年 1 月 1 0 日 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|     | フリガナ           | カゴ 知子                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|     | 氏 名            | 介護 太郎                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|     | 介護保険<br>被保険者番号 | 0                     | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

#### 【飯田市処理欄】

| 確認欄 | 確認書の発行    | 意見書の記入日 | 日常生活度          | 失禁の対応としてカテーテル使用<br>又は尿失禁の発生可能性 | 認定の有効期間 |
|-----|-----------|---------|----------------|--------------------------------|---------|
|     | 発行<br>未発行 |         | B1・B2<br>C1・C2 | 有・無                            | ～       |