

おむつ代医療費控除 申請書（記載例）

おむつに係る費用の医療費控除確認書交付申請書

申請年月日を記入してください。

令和 7 年 1 月 〇 日

何年のものが必要か確認してください。

※ただし、市役所で証明ができるのは、介護保険の認定を受けた時からとなります。

笛吹市長 様

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。

(申請者)

申請者情報を記載してください。

※申請は本人・家族・成年後見人が可能です。

山梨県笛吹市石和町市部 800 番地

山梨 花子

電話番号

055-262-4111

対象者との続柄

子

(対象者)

おむつ使用者(被保険者)の情報を記載してください。

※被保険者番号は介護保険証に記載された番号です。

山梨県笛吹市石和町市部 800 番地

山梨 一郎

被保険者番号

123456

おむつ代の医療費控除を前年の申告でも受けていた場合には 2 年目以降 初めておむつ代の医療費控除を受ける場合は 1 年目に「〇」をお願いします。

※年数によって審査基準が異なりますので必ずチェックしてください。

※ おむつ代の医療費控除を受ける年数

1 年目 ・ 2 年目以降

【 事務確認欄 】

主治医意見書作成日： 年 月 日
 要介護認定有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日
 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）： B1 B2 C1 C2
 R6 年以降 カテーテルの使用又は尿失禁発生可能性： あり ・ なし
 R5 年以前 尿失禁発生可能性： あり ・ なし

申請者確認書類	
<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証
<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 医療保険証
<input type="checkbox"/> 住基カード	<input type="checkbox"/> 身分証明書
<input type="checkbox"/> その他（ ）	

*写真付でない場合は2つの書類で確認すること。

受付