

おむつに係る費用の医療費控除に用いる証明の確認願

年 月 日

(宛先) 上尾市長

申請者 氏名

住所 〒

電話番号

対象者との続柄

確定申告に使用するので、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、確認をお願いします。

|                  |                  |                |   |   |  |  |               |    |     |  |  |
|------------------|------------------|----------------|---|---|--|--|---------------|----|-----|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 介護保険<br>被保険者番号   | 0              | 0 | 0 |  |  |               |    |     |  |  |
|                  | 氏 名              |                |   |   |  |  |               |    |     |  |  |
|                  | 住 所              |                |   |   |  |  |               |    |     |  |  |
|                  | 生 年 月 日          | 明治・大正・昭和 年 月 日 |   |   |  |  |               | 性別 | 男・女 |  |  |
|                  | おむつ代の医療費控除を受ける年数 |                |   |   |  |  | 1 年目 ・ 2 年目以降 |    |     |  |  |

※高齢介護課 記入欄

|                                            |                                                                                             |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|-----|--|-----|--|
| 申<br>請<br>者<br>確<br>認                      | ・ 運転免許証 ・ パスポート ・ マイナンバーカード<br>・ 介護保険証 ・ その他 ( )                                            |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |
| 主<br>治<br>医<br>意<br>見<br>書                 | 作成年月日〔令和 年 月 日〕 有効期間〔令和 年 月 日～令和 年 月 日〕<br><small>合算の場合は最も新しい意見書の作成日 合算の場合は合算した有効期間</small> |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |
|                                            | 自立度〔 B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2 〕 <small>合算の場合は最も軽度の区分</small>                                   |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |
|                                            | 失禁の対応としてカテーテルの使用または尿失禁の発生可能性〔 有 ・ 無 〕                                                       |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |
| 同意確認： <input type="checkbox"/> 同意 令和 年 月 日 |                                                                                             |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |
| 医療機関担当者〔 〕／市確認者〔 〕                         |                                                                                             |  |  |  |  |  |  | 受付者 |  | 確認者 |  |

※注意事項

本制度は次のとおり確認する主治医意見書が明確に定められています。要介護認定をお持ちであっても、該当する主治医意見書がない場合には対象外となり、おむつ代を医療費控除の対象とするには、医師が発行する「おむつ使用証明書」が必要になります。

【確認する主治医意見書】

|                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ◆令和6年以降のおむつ代を申告する場合                                                                                                          |
| ・申告が1年目の場合<br>おむつを使用したその年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の有効期間（おむつを使用したその年以降のものに限る）の合計が6カ月以上となるものの審査にあたり作成された主治医意見書             |
| ・申告が2年目以降の場合<br>おむつを使用したその年に作成されたもの、もしくはおむつを使用したその年に主治医意見書が作成されていない場合は、その年に現に受けていた要介護認定（有効期間が13カ月以上のものに限る）の審査にあたり作成された主治医意見書 |
| ◆令和5年以前のおむつ代を申告する場合                                                                                                          |
| ・申告が1年目の場合<br>確認書対象外（医師が発行した「おむつ使用証明書」が必要です。）                                                                                |
| ・申告が2年目以降の場合<br>おむつを使用したその年、もしくはその前年又はその前々年（現に受けている要介護認定の有効期間が13カ月以上で、おむつを使用したその年に主治医意見書が作成されていない場合に限る。）に作成された主治医意見書         |

【市使用欄:チェックリスト】

|                                           |                                                                        |                                                                                  |                                                                          |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 令和5年以前           |                                                                        | <input type="checkbox"/> 令和6年以降                                                  |                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 1年目<br>※対象となりません | <input type="checkbox"/> 2年目以降                                         | <input type="checkbox"/> 1年目                                                     | <input type="checkbox"/> 2年目以降                                           |
|                                           | <input type="checkbox"/> その年、前年、前々年に作成された意見書                           | <input type="checkbox"/> その年に作成されたもの、もしくは当該年に現に受けていた要介護認定の審査にあたり作成された意見書         | <input type="checkbox"/> その年に作成されたもの、もしくはその年に現に受けていた要介護認定の審査にあたり作成された意見書 |
|                                           | <input type="checkbox"/> 当該年作成の意見書がない場合、認定有効期間13カ月以上の認定の審査にあたり作成された意見書 | <input type="checkbox"/> 認定有効期間6カ月以上（要件を満たす連続する複数の認定による合算を含む）                    | <input type="checkbox"/> 当該年作成の意見書がない場合、認定有効期間13カ月以上の認定の審査にあたり作成された意見書   |
|                                           | <input type="checkbox"/> 日常生活自立度B1、B2、C1、C2に該当                         |                                                                                  |                                                                          |
|                                           | <input type="checkbox"/> 「尿失禁の発生可能性」が「あり」と記載されている                      | <input type="checkbox"/> 「失禁への対応」としてカテーテルを使用している、もしくは尿失禁が「現在あるかまたは今後発生の可能性がある」こと |                                                                          |
|                                           | <input type="checkbox"/> 意見書の内容を確認し部分的に開示することに対して医療機関の同意を得られている        |                                                                                  |                                                                          |