

申請ができるのは、以下の条件を満たす人です。  
○大人用おむつに係る費用の医療費控除を受けるのが2年目以降である  
○要介護認定を受けている

記入例

## 主治医意見書記載内容確認書交付申請書

令和 4年 9月 1日

(あて先) 前橋市長

結果は一週間ほどで申請者に郵送

確定申告や市・県民税申告等所得申告に使用するため、主治医意見書のうち 令和 4 年中に使用した大人用おむつに係る費用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。なお、大人用おむつに係る費用の医療費控除申告が、2年目以降であることを宣誓します。

申請者	氏名	前橋 花子	被保険者との関係	妻
	住所	〒 371-0026 前橋市大手町二丁目12番1号 電話番号 027-224-1111		

被保険者	被保険者番号	0009876543	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	フリガナ	マエバシ タロウ	生年月日	明・大・昭 14年 1月 1日
	氏名	前橋 太郎		
	住所	〒 同上		

同意欄	私は、前橋市が上記の申請者に、私の主治医意見書の内容を確認し、情報提供することに同意します。 被保険者氏名 前橋 太郎
-----	--

※被保険者が死亡している場合、相続人の氏名をご記入ください。

【前橋市処理欄】----- 以下は記載しないでください。 -----

確認事項	①申請者(窓口に来た方)の本人確認証	運転免許証・医療保険証・その他( )
	②主治医意見書作成日(記入日)	令和 年 月 日
	③要介護認定の有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	④障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
	⑤尿失禁の発生可能性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	審査結果	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当