様式第2号（第4条関係）

**おむつ代医療費控除証明書**

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |

あなたからの申出に基づき、　　　　　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、あなたの主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| 主治医意見書の作成日 | 　年　　　月　　　日 |
| 要介護認定の有効期間 | 年　　月　　日 　　～ 　　年　　月　　日 |
| 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） |  |
| 失禁への対応としてのカテーテル使用又は尿失禁の発生可能性 |  |
| ※ おむつ代の医療費控除を受ける年数 | １年目 ２年目以降 |

上記のとおり、おむつ代医療費控除対象者である事を証明します。

　　年　　月　　日

出雲市長　　　　　　　　　　　　印