

おむつ代医療費控除に係る主治医意見書記載内容確認書交付事務取扱要領

(目的)

第1条 この要領は、市民等がおむつ代に係る医療費控除の申請をするにあたり、中野市が、介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認した書類の交付を行う事務処理手続き等の取扱いを定めることを目的とする。

(対象者)

第2条 対象者とは、大人用おむつを前年中利用していた者とする。

(申請)

第3条 主治医意見書の内容を確認した書類の交付を受けようとする場合は、主治医意見書記載内容確認書交付申請書（第1号様式）にて、中野市長に申請するものとする。

(交付要件)

第4条 主治医意見書の内容を確認した書類を交付するためには、おむつ代について確定申告等の医療費控除を受けるのが2年目以降であり、主治医意見書の各欄が次の要件をすべて満たす場合とする。

(1) 記入日が、おむつを使用した当該年、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か月以上であり、おむつを使用した当該年に主治医意見書が発行されていない場合に限る。）であること。

(2) 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）が、「B1・B2・C1・C2」（寝たきり）であること。

(3) 尿失禁の発生可能性が、「あり」であること。

(交付決定)

第5条 中野市長は、申請を受け付けた後、対象者の主治医意見書の各欄を確認し、主治医意見書記載内容確認書（第2号様式）を交付する。

(交付費用)

第6条 主治医意見書記載内容確認書の交付に係る費用は、無料とする。

(その他)

第7条 この要領に定めることのほか必要な事項は、市長が定める。

附 則

(施行期日)

この要領は、平成26年9月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成31年1月4日から施行する。

(第1号様式)

おむつ代医療費控除に係る主治医意見書記載内容確認書交付申請書

年 月 日

中野市長 様

申請者

住所

氏名

印

電話（連絡先）

対象者との関係

(

)

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（2年目以降）に必要な事項について、確認願います。なお、中野市が、要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認することに同意します。
また、おむつ代に係る医療費控除を受けるのが2年目以降であることを宣誓します。

対象者	住所		性別	男 女						
	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和						
	氏名			年 月 日						
介護保険被保険者番号										
委任欄	私は、中野市が私の要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認し、上記の申請者に情報提供をすることに同意します。 委任者 _____ 印									

【確認事項】

- 1 主治医意見書の作成日
- 2 要介護認定の有効期間
- 3 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）
- 4 尿失禁の発生可能性

(第2号様式)

第 号
年 月 日

おむつ代医療費控除に係る主治医意見書記載内容確認書

様

中野市長 印

平成 年 月 日付けでの申請に基づき、 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、対象者の主治医意見書を確認したところ、下記のとおりです。

記

1 被保険者 住所

氏名

被保険者番号

2 確認事項 (1) 主治医意見書の作成日

年 月 日

(2) 要介護認定の有効期間

年 月 日 ～ 年 月 日

(3) 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 該当するものに○

B 1 B 2 C 1 C 2

(4) 尿失禁の発生可能性

あり