

年 月 日

香美町長 様

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。

住所 _____

氏名 _____

被保険者番号 _____

年 月 日

住所

氏名

様

香美町長

貴方からの申し出に基づき、 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、貴方の主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。

- 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