

(別紙1)

平成 年 月 日

〇〇市(町村)長 様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、平成 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

平成 年 月 日

住所

氏名

様

〇〇市(町村)長

貴方からの申出に基づき、平成 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

平成 年 月 日

2. 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) (該当するものに○)

B 1 B 2 C 1 C 2

3. 尿失禁の発生可能性

あり