

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

美 祢 市 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に必要な事項について、確認願います。

被 保 険 者	介護保険被保険者番号			
	住 所	美祢市		
	フリガナ			
申 請 者	氏 名			
	住 所			
	氏 名			
	電話番号		被保険者との関係	
おむつ代の医療費控除を受ける年数		(該当するものに○を付けてください。) 1年目 ・ 2年目以降		

	年	月	日
住 所	_____		
氏 名	_____	様	美 祢 市 長
_____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、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			
※複数の要介護認定に係る意見書がある場合は、最も新しいものの作成日を記載すること			
年 月 日			
2 要介護認定の有効期間（おむつ代の医療費控除を受けるのが1年目であり、有効期間が連続する複数の要介護認定を受けている場合には、これらの認定に係る有効期間（医療費控除を受けようとする年以降のものに限る。）の全てを合算した期間）			
年 月 日 ～ 年 月 日			
3 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）（該当するものに○）			
※複数の要介護認定がある場合は、最も軽度の区分に○をつけること。			
B 1 B 2 C 1 C 2			
4 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若しくは発生可能性			
あり			
※ おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに○）			
1年目 ・ 2年目以降			