

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(2年目以降)に必要な事項について、確認願います。

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

被 保 険 者	介護保険被保険者番号	.....
	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	美祢市 町 電話番号 ( ) -

住 所	_____	年	月	日
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			
		年	月	日
2	要介護認定の有効期間			
		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○)			
	B 1	B 2	C 1	C 2
4	尿失禁の発生可能性			
	あり			