令和　　年　　月　　日

庄内町長　富　樫　　透　宛

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和　　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

令和　　年　　月　　日

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　様

庄内町長　富　樫　　透

　貴方からの申出に基づき、令和　　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．障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）　　　（該当するものに○）

　　　Ｂ１　　Ｂ２　　Ｃ１　　Ｃ２

４．尿失禁の可能性

※２年目であることの確認　 □申請者から聞き取り　 □前年のおむつ使用証明書