

令和 年 月 日

山陽小野田市長 宛

確定申告に使用するので、被保険者の主治医意見書のうち 平成・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。

申請者 住所 _____
氏名 _____
(続柄 _____)
電話 _____

被保険者 住所 _____
氏名 _____
被保険者番号 _____

令和 年 月 日

被保険者
住所
氏名

様

山陽小野田市長

平成・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。

- 主治医意見書の作成日
平成・令和 年 月 日
- 要介護認定の有効期間
平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日
- 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
- 尿失禁の発生可能性
あり