

平成 年 月 日

紀 美 野 町 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

紀 美 野 町 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. 要介護認定の有効期間

平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

3. 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

4. 尿失禁の発生可能性

あり