

令和 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、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、確認願います。

住所

氏名

被保険者番号

※ 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

令和 年 月 日

住所

氏名

様

紀 美 野 町 長

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 令和 年 月 日

※複数の要介護認定に係る複数の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。

2. 要介護認定の有効期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日

（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）

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

※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。

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