

令和 年 月 日

川根本町長 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(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

(対象者) 住所 川根本町

氏名

被保険者番号

令和 年 月 日

様

川根本町長

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、対象者の主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。

1. 対象者名

2. 主治医意見書の作成日

令和 年 月 日

3. 要介護認定の有効期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

4. 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○)

B1 B2 C1 C2

5. 尿失禁の発生可能性 (該当するものに○)

あり なし