

年 月 日

(宛先) 志摩市長

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、 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。

(申請者) 住 所

氏 名

被保険者氏名

被保険者番号

※ おむつ代の医療費控除を受ける年数

1 年目 2 年目以降

介総第

年 月

号
日

住 所

氏 名

様

志摩市長 橋 爪 政 吉

貴方からの申し出に基づき、 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基づいて、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. 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

B 1 B 2 C 1 C 2

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 なし

※ おむつ代の医療費控除を受ける年数

1 年目 2 年目以降