

令和 年 月 日

大山町長 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）に必要な書類について、確認願います。

住所

氏名

印

被保険者番号

令和 年 月 日

住所

氏名

様

大山町長

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

2. 要介護認定の有効期間

令和 年 月 日 ~ 令和 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○）

B1 B2 C1 C2

4. 尿失禁の発生可能性

あり