

令和 年 月 日

(宛先) 幸田町長

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、平成・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)	(対象者)
住 所 _____	住 所 _____
氏 名 _____	氏 名 _____
生年月日 T・S・H _____	生年月日 T・S・H _____
	被保険者番号 _____

証 明 書

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 様

幸 田 町 長

貴方からの申出に基づき、平成・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

平成・令和 年 月 日

2 要介護認定の有効期間

平成・令和 年 月 日 ~ 平成・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○)

B 1 B 2 C 1 C 2

4 尿失禁の可能性

あり