

年 月 日

南房総市長 石 井 裕 宛

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（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 _____ (続柄 _____)

被保険者 住所 _____

氏名 _____

被保険者番号

0	0	0	0						
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

※ 申請者が被保険者の場合、被保険者住所・被保険者氏名は記載不要

年 月 日

被保険者 住所 _____

氏名 _____ 様

南房総市長 石 井 裕

貴方からの申出に基づき、 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

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） (該当するものに○)

B 1 B 2 C 1 C 2

4 尿失禁の発生の可能性

あり