

年 月 日

八 幡 浜 市 長 様

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。

（被保険者）

住 所

氏 名

被保険者番号

年 月 日

（申請者）

住 所

氏 名 様

八 幡 浜 市 長

以下、市記入欄

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が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. 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）（該当するものに○）

B 1 B 2 C 1 C 2

4. 尿失禁の発生可能性（該当するものに○）