おむつ代の医療費控除にかかる確認申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

西桂町長　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）に必要な事項について、確認願います。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

住所

氏名　　　　 　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西桂町長　　山　崎　泰　洋

　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

1. 要介護認定の有効期限

　令和　　年　　月　　日　　～　　令和　　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○)

　　　　Ｂ１　　　Ｂ２　　　Ｃ１　　　Ｃ２

３．　尿失禁の発生可能性

　　　　あり