

# 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

## 2. 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