

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

※ おむつ代の医療費控除を受ける年数(該当するものに○)

1 年目 2 年目

令和 年 月 日

住所
氏名 様

西 桂 町 長

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

※ 複数の要介護認定に係る複数の意見書がある場合は、最も新しいものの作成日を記載すること。

令和 年 月 日

2. 要介護認定の有効期限(おむつ代の医療費控除を受けるのが1年目であり、有効期間が連続する複数の要介護認定を受けている場合には、これらの認定に係る有効期間(医療費控除を受けようとする年以降のものに限る。)の全てを合算した期間)

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○)

※ 複数の要介護認定がある場合は、最も軽度の区分に○をつけること。

B1 B2 C1 C2

4. 失禁への対応としてのカテーテル使用又は尿失禁の発生若しくは発生可能性

あり

※ おむつ代の医療費控除を受ける年数(該当するものに○)

1 年目 2 年目