令和　　年　　月　　日

半　田　市　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。

被保険者の住所

被保険者の氏名　　　　　　　　　　　　　　（被保険者番号 0000　　　　　　）

※おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに〇）

１年目　　２年目以降

令和　　年　　月　　日

被保険者の住所

被保険者の氏名　　　　　　　　　　　　　　様

半田市長　久　世　孝　宏

あなた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、あなた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間（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　末　日

３．障がい高齢者の日常生活自立度（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、最も軽度の区分に〇を付けること。

Ｂ１　Ｂ２　Ｃ１　Ｃ２

４．失禁への対応としてのカテーテル使用また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（該当するものに〇）

１年目　　２年目以降

受付印