

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（2年目以降）に必要な事項について、確認願います。

被保険者の住所

被保険者の氏名

被 保 険 者 番 号

0	0	0	0						
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

※申請者の氏名

（被保険者との関係 ）

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

平成・令和 年 月 日

2. 要介護認定の有効期間 ※主治医意見書の作成日が前年中の場合のみ記入

平成・令和 年 月 日 ~ 平成・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○）

B 1 B 2 C 1 C 2

4. 尿失禁の発生可能性

あり