

令和 年 月 日

平 川 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。

住所 平川市
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年目以降

平 高 第 号
令和 年 月 日

住所 平川市
氏名 様

平川市長職務代理者 平川市副市長 古川 洋文
(公 印 省 略)

貴方からの申し出に基づき、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 日

3. 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）（該当するものに○）

※複数の要介護認定に係る複数の意見書がある場合は、最も軽度の区分に○をつけること。

B 1 B 2 C 1 C 2

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年目以降