

年 月 日

須崎市長 様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、_____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 須崎市

氏名

被保険者番号

須長証第 _____ 号
年 月 日

住所

氏名 _____ 様

須崎市長

貴方からの申出に基づき、_____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
年 月 日
2. 要介護認定の有効期間
年 月 日 ~ 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
4. 尿失禁の発生可能性
あり