

年 月 日

宍粟市長 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
氏名
被保険者番号

第 号
年 月 日

住所
氏名 様

宍粟市長 福元 晶三

貴方からの申し出に基づき、 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

2. 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）（該当するものに○）

B 1 B 2 C 1 C 2

3. 尿失禁の発生可能性
あり