

年 月 日

指宿市長 殿

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

被介護者との続柄 _____

確定申告に使用するので、下記の者の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。

被介護者 住 所 _____

氏 名 _____

被保険者番号 _____

年 月 日

様

指宿市長 印

あなた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に必要な事項について、主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。

1 被介護者 住 所 _____

氏 名 _____

被保険者番号 _____

2 主治医意見書の作成日
年 月 日

3 要介護認定の有効期間
年 月 日 ~ 年 月 日

4 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○）

B 1 B 2 C 1 C 2

5 尿失禁の発生可能性 あり