年　月　日

（あて先）松本市長

　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

氏　名

被保険者番号

|  |
| --- |
| おむつに係る費用の医療費控除確認書第号　　年　月　日住　所　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　松　本　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　障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）　　（該当するものに○）　　　Ｂ１　　Ｂ２　　Ｃ１　　Ｃ２４　尿失禁の発生可能性あり |