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　　Ｃ２  ４　尿失禁の発生可能性  あり |