

令和 年 月 日

阿賀野市長 田 中 清 善 様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和 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 _____

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____

阿賀野市長 田 中 清 善

あなたからの申出に基づき、令和 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、あなた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

令和 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 尿失禁の発生の可能性

あり