

平成 年 月 日

木津川市長 様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、平成 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。

(申請者)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

被保険者との続柄 _____

(被保険者)

被保険者番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 明・大・昭 年 月 日

平成 年 月 日

様

木津川市長 河井 規子

貴方からの申出に基づき、平成 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
平成 年 月 日

2、 要介護認定の有効期間
平成 年 月 日～平成 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、 尿失禁の発生の可能性 あり