

申請日 令和 年 月 日

瑞浪市長 水野光二様

確定申告に使用しますので、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。

被保険者住所

被保険者氏名

代理人(続柄) ( )

電話番号

被保険者番号 08000

- ※ 1. 平成13年から前年までに、確定申告でおむつ代の医療費控除を受けましたか。  
イ. 受けている。                      ロ. 受けていない。
2. 平成13年から前年までに、医師のおむつ使用証明書の発行を受けましたか。  
イ. 受けている。                      ロ. 受けていない。

瑞高第 号の  
令和 年 月 日

住所

氏名 様

瑞浪市長 水野光二

貴方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、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. 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）（該当するものに○）  
B 1    B 2    C 1    C 2
4. 尿失禁の発生可能性（該当するものに○）  
あり    なし

処理欄	課長	課長補佐	係長	係	受付日 令和 年 月 日	確認番号
					確認書 交付日 令和 年 月 日	—