

令和 年 月 日

伊那市長 白鳥 孝 様

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 _____

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 様

伊那市長 白鳥 孝

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