

令和 年 月 日

横手市長 あて

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。

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

（被保険者番号 _____）

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____

横手市長 高橋 大

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、下記のとおりです。

1. 主治医意見書の作成日 平成・令和 年 月 日
2. 要介護認定の有効期間 平成・令和 年 月 日～平成・令和 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○

B 1 B 2 C 1 C 2

4. 尿失禁の発生可能性 あり

※介護保険の認定期間は最大36ヵ月であるため、主治医意見書の作成日は当該年度以前である場合がありますが、認定期間内では現在も状態が継続しているものとして取り扱う

※これは平成 年に使用したおむつ代分（平成 年に確定申告する分）にのみ有効