

年 月 日

(申請先) 東村山市長

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

年 月 日

住所  
氏名 様

東村山市長

貴方からの申し出に基づき、 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