

年 月 日

須賀川市長 大寺 正晃

確定申告に使用するので、介護保険要介護認定用の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に必要な事項について、確認願います。

申出者	住所			
	氏名		電話	
本人 (おむつ使用者)	住所			
	氏名		生年 月 日	年 月 日
おむつ代の医療費控除を受ける年数 (該当するものに○)			1 年目 ・ 2 年目以降	

(交付 No.)

年 月 日

(申出者)

氏名 _____ 様

須賀川市長 大寺 正晃

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、主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。確定申告の際には、本確認書とおむつ代の領収書をご提出ください。

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○)

B 1 B 2 C 1 C 2

4 失禁への対応としてのカテーテル使用又は尿失禁の発生若しくは発生可能性

あり

※おむつ代の医療費控除を受ける年数 (該当するものに○)

1 年目 ・ 2 年目以降