令和　　年　　月　　日

坂祝町長　　様

確定申告に使用するので、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に必要な事項について、確認願います。

税（所得税・住民税）の申告者　住所
氏名
被保険者　住所
氏名
被保険者番号

※　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

福介お確第　　号
令和　　年　　月　　日

税（所得税・住民税）の申告者
住所
氏名　　様

坂祝町長　　伊　藤　敬　宏

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、被保険者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
　※複数の要介護認定に係る複数の意見書がある場合は、最も新しいものの作成日を記載すること。
　　令和　　年　　月　　日
２．要介護認定の有効期間（おむつ代の医療費控除を受けるのが１年目であり、有効期間が連続する複数の要介護認定を受けている場合には、これらの認定に係る有効期間（医療費控除を受けようとする年以降のものに限る。）の全てを合算した期間）
　　令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日まで
３．障がい高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）　　（該当するものに○）
　※複数の要介護認定がある場合は、最も軽度の区分に○をつけること。
　　Ｂ１　　Ｂ２　　Ｃ１　　Ｃ２
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