

おむつ代医療費控除証明申請書

年 月 日

加東市長 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

電話番号

対象者 氏 名

生年月日 年 月 日

被保険者番号

おむつ代医療費控除証明書

加健高第 号

年 月 日

住 所

氏 名

対象者

様

様

加東市長 岩 根 正

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○）

B 1 B 2 C 1 C 2

4. 尿失禁の発生可能性

あり