

令和5年 1月 4日

加東市長 様

対象年を記入してください。

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。

申請者名は所得の確定申告で所得控除を受ける方をご記入ください。

受付印

住 所

氏 名

電話番号

対象者は介護認定を受けおむつ代の医療費控除の対象となる方をご記入ください。

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

様

対象者

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