年　　 月　　 日

（提出先） 茨木市長

申請者　住所

フリガナ

氏名

被保険者との続柄

電話番号

確定申告に使用するため、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。

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険被保険者番号 |  |
| 住所 |  |
| 氏名　フリガナ |  |
| 生年月日 | 大正 ・ 昭和 　　　年　　　月　　　日 |

年　　 月　　 日

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

　茨　木　市　長

あなた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、あなた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）

 　　　　　　Ｂ１ 　Ｂ２ 　Ｃ１　 Ｃ２

４．尿失禁の発生可能性

 　　　　　　あ り