

年 月 日

(提出先) 茨木市長

確定申告に使用するため、主治医意見書のうち、平成 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。

被保険者番号

住所

氏名

電話 ()

年 月 日

住所

氏名 様

茨 木 市 長

あなたからの申出に基づき、平成 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)

B 1 B 2 C 1 C 2

4 . 尿失禁の発生可能性

あ り