

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

おむつ代医療費控除に係る主治医意見書確認書

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）

B 1 B 2 C 1 C 2

4. 尿失禁の発生可能性

あり