

令和 年 月 日

小豆島町長 松本 篤 様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和 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 _____
被保険者番号 _____

令和 年 月 日

住 所 _____
氏 名 _____ 様

小豆島町長 松本 篤

貴方からの申し出に基づき、令和 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、以下の通りです。

1. 主治医意見書の作成日
令和 年 月 日
2. 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）（該当するものに○）
B 1 B 2 C 1 C 2
3. 尿失禁の発生可能性
あり