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

1. 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）（該当するものに○）

　　　　 Ｂ１　　Ｂ２　　Ｃ１　　Ｃ２

1. 尿失禁の発生可能性

　　　　 あり