

平成 年 月 日

長 洲 町 長 様

確定申告に使用するので、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。

住 所 長洲町大字

氏 名

㊟

被保険者番号

代筆者

平成 年 月 日

確 認 書

住 所 長洲町大字

氏 名

様

長洲町長 中 逸 博 光 ㊟

貴方からの申し出に基づき、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、貴方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

平成 年 月 日

2. 要介護認定の有効期間

平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

3. 障害高齢者の日常生活の自立度（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