

年 月 日

富士吉田市長 様

確定申告に使用するので、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）に必要な項目について、確認願います。

申請者名 _____
住 所 _____
被保険者氏名 _____
被保険者番号 _____
連 絡 先 _____

年 月 日

住所
氏名 様

富士吉田市長

貴方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、 _____様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

4. 尿失禁の発生可能性