

主治医意見書内容確認願

年 月 日

多可町長 様

確定申告に使用したいので、下記対象者の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に必要な事項について、確認願います。

記

対象者住所 _____
氏名 _____
被保険者番号 _____

※ おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに○）
1 年目 2 年目以降

申出者住所 _____
氏名 _____

主治医意見書内容確認書

年 月 日

申出者住所 _____
氏名 _____ 様

多可町長

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、下記対象者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）（該当するものに○）
B 1 B 2 C 1 C 2
 - 4 失禁への対応としてカテーテル使用または尿失禁の発生若しくは発生可能性
あり
- ※ おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに○）
1 年目 2 年目以降