

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（２年目以降）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 _____

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 尿失禁の発生可能性

あり