

(様式第 1 号)

令和 年 月 日

能勢町長

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

3	0	0	0	0					
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--

確認者	
-----	--

(様式第 2 号)

令和 年 月 日

住 所

氏 名

様

能勢町長 岡田 正文

貴方からの申出に基づき、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、以下のとおりです。

1. 主治医意見書の作成日

令和 年 月 日

2. 要介護認定の有効期間

令和 年 月 日 ～ 令和 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

確認者	
-----	--