

申 出 書

年 月 日

大 竹 市 長 様

申請者	氏 名	Ⓜ										
	住 所 等	〒 電話番号										
	対象者との続柄											
対象者	被保険者番号											
	氏 名											
	住 所 等	〒 電話番号										
	生年月日											性別

確定申告に使用するので、上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、確認をお願いします。

確 認 書

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、上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。

主治医意見書の作成日	年 月 日
要介護認定の有効期間	年 月 日～ 年 月 日
障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2
尿失禁の発生可能性	あり

年 月 日

大竹市長 入 山 欣 郎