

年 月 日

阪南市長 宛

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  
事項について、確認願います。

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

被保険者番号 \_\_\_\_\_

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 様

阪南市長

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、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

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）

B 1 B 2 C 1 C 2

4. 尿失禁の発生可能性

あり なし