

令和 年 月 日

糸魚川市長 様

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に必要な事項について、確認願います。

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
対象者との続柄 \_\_\_\_\_

対象者 住 所 \_\_\_\_\_  
※申請者と同じ住所の場合は記入不要  
氏 名 \_\_\_\_\_  
生年月日 大・昭 年 月 日  
※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

（市記入欄）

令和 年 月 日

住 所  
氏 名 様

糸魚川市長 久保田 郁夫

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。

- 主治医意見書の作成日  
令和 年 月 日
- 要介護認定の有効期間  
令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
- 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
- 失禁への対応としてのカテーテル使用又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