

(別紙)

おむつ代医療費控除証明事項確認申出書兼確認書

令和 年 月 日

福 津 市 長 様

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  
(申請者) 住所  
氏名 (※) (続柄 : )  
(※自署または記名押印)  
電話番号

令和 年 月 日

住所  
氏名 様

福津市長 原 崎 智 仁

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、 様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 (該当するものに○)
- 尿失禁の発生可能性  
あり