

年 月 日

江東区長 殿

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。

受 付 印

(対 象 者) 住 所 _____

氏 名 _____

被保険者番号 _____

(申 請 者) 住 所 _____

氏 名 _____ **【続柄】** _____

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 様

江東区長

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、以下の通りです。

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

受 付 印