令和　　年　　月　　日

柴田町長　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。

住所
氏名
被保険者番号

※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

令和　　年　　月　　日

住所
氏名　　様

柴田町長　　石　森　　靖　明

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。

１.主治医意見書の作成日
※複数の要介護認定に係る複数の意見書がある場合は、最も新しいものの作成日を記載すること。
年　　月　　日

２．要介護認定の有効期間（おむつ代の医療費控除を受けるのが１年目であり、有効期間が連続する複数の要介護認定を受けている場合には、これらの認定に係る有効期間（医療費控除を受けようとする年以降のものに限る。）の全てを合算した期間）
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○）
※複数の要介護認定がある場合は、最も軽度の区分に○をつけること。
Ｂ１　Ｂ２　Ｃ１　Ｃ２

４．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