

# 証 明 願

年 月 日

鞍手町長 岡崎 邦博 様

税の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 \_\_\_\_\_ (印)

被保険者番号 \_\_\_\_\_

# 確 認 書

年 月 日

住 所

氏 名 様

鞍手町長 岡崎 邦博

貴方からの申し出に基づき、 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 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）（該当するものに○印）

B 1 B 2 C 1 C 2

4 尿失禁の有無または今後発生の可能性の有無

有 無