

年 月 日

福生市長 あて

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に必要な事項について、確認願います。

本人住所 _____

本人氏名 _____

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 _____

申請者氏名 _____ 本人との関係 ()

年 月 日

住所

氏名

様

福生市長

印

あなた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、あなた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○）

B1 B2 C1 C2

4 尿失禁の発生可能性

※ 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

本確認書交付担当 福生市福祉保健部介護福祉課介護保険係

電話 042-551-1764