

年 月 日

葛城市長 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。

住所 葛城市 番地

氏名

被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

年 月 日

住所

氏名

様

葛城市長 阿古 和彦

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

あり