

(様式第 1 号)

年 月 日  
受付第 号

高 梁 市 長 様

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。

対象者	申請者	
住 所	住 所	
氏 名	氏 名	㊟
被保険者番号		

第 号  
年 月 日

住 所  
氏 名 様

高梁市長

貴方からの申出に基づき、被保険者番号 の について  
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、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. 障害老人の日常生活自立度（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