

令和 年 月 日

奥州市長 宛

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和5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。

申請者 住 所

氏 名

電 話 番 号

対象者 住 所

氏 名

被保険者番号

奥 第 号
令和 年 月 日

住所

氏名 _____ 様

奥州市長 倉 成 淳 印

申請に基づき、令和5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、下記のとおりです。

記

1 主治医意見書の作成日

令和 年 月 日

2 要介護認定の有効期間

令和 年 月 日 ～ 令和 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○）

B 1 B 2 C 1 C 2

4 尿失禁の発生可能性

あり