

年（令和 年） 月 日

福山市長 様

前年におむつ代について医療費控除を受けており、今年の確定申告に使用したいので、主治医意見書のうち、_____年（令和 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、確認してください。

申請者	住所			
	名前		続柄	
被保険者 (確認してほしい者)	住所			
	名前			
被保険者番号又は生年月日				

電話番号

年（令和 年） 月 日

被保険者住所
名前

様

福山市長

申し出に基づき、_____年（令和 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、次のとおりです。

主治医意見書の作成日	年（平成 年）	月	日
要介護認定の有効期間	年（平成 年）	月	日～
	年（令和 年）	月	日
障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	B 1	B 2	C 1 C 2
尿失禁の発生可能性	あり		

