

令和 年 月 日

三郷市長 あて

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、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願います。

住所

氏名

被保険者番号

---

令和 年 月 日

住所

氏名 様

三郷市長

貴方からの申出に基づき、平成・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、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。

- 主治医意見書の作成日  
平成・令和 年 月 日
- 要介護認定の有効期間  
平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
- 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
- 尿失禁の発生可能性

あり