年　　月　　日

かすみがうら市長　坪井　透　殿

確定申告に使用するため、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

氏 　 名　　　　　 　　　　　　　 　　㊞

生年月日

電話番号

　　年　　月　　日

住所

氏名 　　　　　　　　 　　　　様

かすみがうら市長　　坪　井　　透　　　㊞

　 様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、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**