

おむつ代に係る医療費控除申出書

平成 年 月 日

殿

申請者住所  
氏名

印

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、平成 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

おむつ代に係る医療費控除確認書

平成 年 月 日

住所  
氏名

様

殿

貴方からの申出に基づき、平成 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 年 月 日
- 要介護認定の有効期間  
平成 年 月 日～平成 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○】  
B1 B2 C1 C2
- 尿失禁の発生可能性  
あり