

様式第1号

年 月 日

西原町長 殿

住 所
氏 名
電話番号

おむつ代医療費控除の確認証明申請書

主治医意見書のうち、平成 年使用了おむつ代医療費控除の証明を確定申告に使用するのので2年目以降の下記の必要な事項について証明して下さるよう申請します。

記

(被保険者番号)

(被保険者氏名)

(被保険者住所)

必要な事項

1. 主治医意見書の作成日
2. 要介護認定の有効期間
3. 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）
4. 尿失禁の発生の可能性