

(別記様式)

おむつに係る費用の医療費控除に係る主治医意見書確認証明申請書

年 月 日

八雲町長 様

申請者 住所 _____
氏名 _____

(氏名欄は、自書又は押印願います。)

確定申告に使用するので、次の者に係る主治医意見書のうち _____ 年に使用したおむつに係る費用の医療費控除証明（2年目以降）に必要な事項について、確認証明願います。

住所										
氏名										
介護保険被保険者番号										

確 認 証 明 書

年 月 日

介護保険被保険者
氏名 _____ 様

八雲町長 印

申請に基づき、 _____ 年に使用したおむつに係る費用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次のとおり証明します。

1 主治医意見書作成日

年 月 日

2 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度） _____ (該当するものに○)

B 1 B 2 C 1 C 2

3 尿失禁の発生可能性

あり