

年 月 日

川辺町長 様

申告に使用するため、下記被保険者の主治医意見書のうち、\_\_\_\_年中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	川辺町			
氏 名				
被保険者番号	030000			

申請者

住 所	
申告予定者氏名	
続柄	( )
連絡先	( )

※以下、記載不要

第 号  
年 月 日

(税の申告者)

住 所

氏 名

川辺町長 佐藤光宏

貴方からの申出に基づき、\_\_\_\_年中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、被保険者の主治医意見書を確認したところ、下記のとおりです。

記

被保険者氏名	
主治医意見書の作成日	年 月 日
要介護認定の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
尿失禁の発生可能性	<input type="checkbox"/> あり