

医療費控除確認申出書

遠賀町長 殿

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和____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。

令和 年 月 日

申出人 住所 _____

氏名 _____

被保険者番号 _____

代理人 住所 _____

氏名 _____

申出人との続柄 _____

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 様

遠賀町長 古野 修

貴方からの申出に基づき、令和____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。

1. 主治医意見書の作成日

令和 年 月 日

2. 要介護認定の有効期間

令和 年 月 日～令和 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 なし