

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、令和 年に使用したおむつ代医療費控除の証明を
確定申告に使用するので2年目以降の下記の必要な事項について証明してくだ
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