様式第２号

　　 年　　 月　　 日

　豊田市長　　様

　　確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、　　　　　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。

住　　所

氏　　名

生年月日　　明治・大正・昭和　　　 年　　 月　　 日

被保険者番号

|  |
| --- |
| 豊介お控発第　　　　　号　　 年　　 月　　 日住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 豊田市長　　太田　稔彦 　　貴方からの申出に基づき、　　 　　 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　　　　　　　　　　年　　 月　　 日　２　要介護認定の有効期間　※　　　　　　　　　　年　　 月　　 日　　～　　　　　　年　　 月　 　日　 ３　障がい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　尿失禁の可能性　　　　　あり |

※　主治医意見書の作成日が前年の場合のみ記入します。