

医療費控除必要事項（おむつ代に係る）証明申請書

尾道市長 様

年 月 日

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、確認をしてください。

<証明の必要な方>

被保険者番号										
住 所	尾道市 町 番地 丁目 番 号									
氏 名										
生年月日	(明治・大正・昭和) 年 月 日									

<窓口に来られた方>

住所が同じ場合は住所の記載は不要です。

氏 名			続 柄	
住 所	尾道市 町 番地 丁目 番 号 電話番号 ( )			

<確認欄>

証明に要する記載	有 ・ 無			
記載日	年 月 日			
日常生活自立度	B 1	B 2	C 1	C 2
	正常	J 1	J 2	A 1 A 2
尿失禁	有 ・ 無			