令和　　　年　　　月　　　日

　　（宛先）　安曇野市長

申請者

住　所　　安曇野市

氏　名

被保険者との続柄

電話番号　　　　　（　　　　）

　　確定申告に使用するので、下記被保険者の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に必要な事項について、確認願います。

確認を要する被保険者

住　　所　　　安曇野市

氏　　名

被保険者番号

* おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに〇）

　　　　　　　1年目　　　　　　　　2年目以降

|  |  |
| --- | --- |
| 係長 | 係・担当 |
|  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜確認欄＞