

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○)

1年目 2年目以降

\_\_\_\_\_

<確認欄>

係長	係・担当	受付