

年 月 日

主治医意見書確認申請書

(宛先) 昭島市長

確定申告に使用するので、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。

被保険者住所

被保険者氏名

被保険者番号

申請者住所

申請者氏名

被保険者との関係 ()

※ 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