

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