

(別紙1)

令和 年 月 日

五 泉 市 長 様

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。

被保険者番号

住 所

氏 名

※ 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