

(別紙1)

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、平成 \_\_\_\_\_ 年に使用したおむつ  
代の医療費控除の証明（2年目以降）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： \_\_\_\_\_