

令和 年 月 日

立川市長 宛て

主治医意見書確認願

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、_____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。

対象者

住 所（死亡している場合は生前の住所）

氏 名

生年月日

被保険者番号

請求者（対象者と同じ場合は「同上」と記入）

住 所

氏 名

電話番号

※ 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

* 保険者使用欄

受付印	区 分	不交付理由	決 裁		
			係員	係長	課長
	交付可 (. . 交 付)	1 作成日 記 入 日 (. .) 2 寝たきり度 未記入・正常・J・A 3 「尿失禁（発生可能性）」 又は「カテーテル（特別 な医療）」が未チェック			
	交付不可 (. . 説 明)				