

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（2年目以降）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

* 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 （ . . ）			
	交付不可 （ . . 説 明）	2 寝たきり度 未記入・正常・J・A 3 「尿失禁の発生可能性」 が未チェック			