

令和 年 月 日

北上市長 様

おむつ使用確認申請書

確定申告に使用するので、下記被保険者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（2年目以降）に必要な事項について、確認願います。

申請者氏名		本人との続柄	
住所	〒 電話番号		

介護保険 被保険者番号			
被保険者氏名	生年月日	大・昭	年 月 日
住所	電話番号		