

受付年月日	担当			
年 月 日	受 付	担当主査	補 佐	課 長
受付番号 No.				

年 月 日

米沢市長 様

おむつ代の医療費控除の証明に必要な事項の確認申請書

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
控除の確認書に必要な事項について確認願います。

被保険者住所

被保険者氏名

被保険者番号

申請者住所

申請者氏名

続 柄

※市記入欄

交付してよいか伺います。				
決 済	年	月	日	高 福 第 号
起 案	年	月	日	
担 当	担当主査	課長補佐	課 長	公 印