

年 月 日

品川区長あて

確定申告に使用するので、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。

住所

氏名

被保険者番号 〇 〇 〇

電話

| 課長 | 支援調整<br>係長 | 介護認定<br>係長 | 担当 |
|----|------------|------------|----|
|    |            |            |    |