

記載方法

主治医意見書内容確認申出書

申出書提出日又は
ポスト投函日

令和 年 月 日

紫波町長 鎌田 千市 様

窓口にて申請する人又は
郵送等で請求する人を記入

申請者

住所 紫波町紫波中央駅前2-3-1

氏名 紫波 一郎

証明が必要な期間（年）
を記入

確定申告に使用するため、主治医意見書のうち、令和 〇年に使用し
証明に必要な事項について、確認願います。

介護保険 被保険者	住 所	紫波町紫波中央駅前2-3-1	被保険者 番 号	889001
	氏 名	紫波 太郎	申請者から みた続柄	父
	生年月日	M・T・S 3年 4月 5日		
	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			

備考

どちらかを○で囲む

証明が必要な対象者
について記入

●郵便による請求をする場合は、

①この申出書 ②返信用封筒（110円切手を貼付）
をご用意の上、下記まで郵送ください。

〒028-3392

岩手県紫波郡紫波町紫波中央駅前二丁目3番地1

紫波町役場 生活部長寿介護課 介護保険係 宛

電話 019-672-2111（内線5194・5195）