

おむつ代の医療費控除の証明に係る必要事項確認依頼書

年 月 日

桑折町長様

(申請者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

続柄 () 電話番号 (-)

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和 年使用了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の確認をお願いします。

対象者	住 所			
	氏 名			
	被保険者番号		生年月日	明・大・昭 年 月 日

〈町处理欄〉

●申請者が本人以外の場合の身分確認書面等

☐ 運転免許証☐ パスポート☐健康保険証☐ 診察券

☐その他 ()