

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

令和 年 月 日

桑 折 町 長 様

(申請者) 住 所 _____

氏 名 _____

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 年に使用したおむつ代の医療費控除の証明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・平 年 月 日

※おむつ代の医療費控除を受ける年数 1 年目 ・ 2 年目以降

〈町処理欄〉

●申請者が本人以外の場合の身分確認書面等

☐運転免許証 ☐マイナンバーカード ☐パスポート ☐健康保険証 ☐診察券
☐その他 ()