医療費控除に係るおむつ購入費用の証明書　申請書

申請日　　　年　　月　　日

我　孫　子　市　長　　あて

　確定申告または市・県民税の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、確認願います。

（申請者）

住所　〒

氏名

電話番号

（被保険者）

住所　〒

氏名

被保険者番号

※おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに〇）

　　　　　１年目　　・　　２年目以降