

年 月 日

稲沢市長 様

(申請者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

対象者との関係 ( \_\_\_\_\_ )

連絡先 \_\_\_\_\_

医療費控除の証明に必要な事項の確認について

下記のとおり、おむつ代の医療費控除の証明（2年目以降）  
に必要な事項に係る主治医意見書の確認をお願いします。

記

1 対象者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日

被保険者番号 \_\_\_\_\_

2 使用目的

\_\_\_\_\_年分の確定申告等に必要なため