

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

3 おむつ代の医療費控除を受ける年数

1 年目

2 年目以降