

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書の確認申請書

(提出先) 川越市長

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、_____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。

被保険者番号		申請年月日	令和 年 月 日
フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
被保険者 氏 名			
住 所	〒 ー 電 話 ()		
おむつ代の医 療 費 控 除 を 受 ける 年 数	(該当するものに○をつけてください。) 1 年 目 2 年 目 以 降		

フリガナ		本人との関係	
申請者氏名			
住 所	〒 ー 電 話 ()		