

年 月 日

向日市長 様

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。

〒 ー

住所 _____

申請者 _____

氏名 _____

(続柄: _____)

電話 (_____) ー _____

対 象 者	住 所											
	フリガナ						性別	男 ・ 女				
	氏 名											
	生年月日	大正・昭和		年	月	日						
	被保険者 番号											

おむつ費用の医療費控除 (該当するものに○)	1 年目	・	2 年目以降
---------------------------	------	---	--------