

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(2年目以降)に必要な事項について、確認
願います。

〒 _____
住所 _____
申請者 _____
氏名 _____
(続柄: _____)
電話 (_____) _____

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

おむつ費用の医療費控除	新規 ・ 2年目以降 (年から)
-------------	-------------------