

おむつ代の医療費控除の証明に必要な事項の確認申出書

令和 年 月 日

鏡野町長 様

(申出者) 住 所

氏 名

続 柄 ()

電話番号

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和____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。

※おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに○）

1年目 ・ 2年目以降

対象者	住 所	苫田郡鏡野町
	氏 名	
	被保険者 番号	
	生年月日	