おむつ代医療費控除証明書願書

令和　　年　　月　　日

角田市長　殿

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。

対　象　者	住　所	
	氏　名	
	被保険者番号	0200

申　請　者	住　所	
	氏　名	
	続　柄	

※ おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに〇）

1年目　　2年目以降