

おむつ代医療費控除証明申請書

令和 年 月 日

八郎潟町長 様

(申請者)
住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 _____

連絡先 _____

確定申告に使用するので、下記の者について、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	八郎潟町		
	氏 名		生年月日	年 月 日
	被保険者 番 号			

※ 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