

令和 年 月 日

日光市長 様

おむつ代医療費控除の証明に係る主治医意見書記載事項内容確認申請書

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）について必要な事項について、確認願います。

申請者氏名

住 所

電 話 番 号

被保険者番号										
フリガナ								性 別	男・女	
氏 名										
生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日					
住 所										