令和　　年　　月　　日

　北栄町長　　様

　確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和　　　年に使用して　　い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。

【申請者】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 対象者との関係 |  |
| 住　所 | 〒 | | |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　　　－ | | |

【対象者】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明治 ・ 大正 ・ 昭和　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒 | | | | | | | | | |