

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	〒								