

令和 年 月 日

高根沢町長 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。

住所 _____

氏名 _____

被保険者番号 _____

代筆者氏名 _____ (続柄 _____)

おむつ代の医療費控除を受ける年数	1 年目	2年目以降
------------------	------	-------