

(別紙1)

年 月 日

尾 鷲 市 長 様

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

※ 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