

令和 年 月 日

能代市長様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和 年使用了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
申請者

氏 名

被保険者との関係 ()

電話

被保険者 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