

様式第1号(第3条関係)

おむつ代に係る医療費控除の証明申請書

年 月 日

東海村長 様

住 所  
申請者  
氏 名  
電話番号

住 所  
代理人  
氏 名  
電話番号

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(2年目以降)に必要な事項について確認願います。

被保険者番号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_