

〔様式1〕

No. \_\_\_\_\_

年 月 日

志 木 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（2年目以降）に必要な事項について、確認願  
います。

対象者 氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_