

様式 1

令和 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、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。

対象者 氏 名 _____

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

住 所 _____

電 話 () _____

※ 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