　　年　 　月 　　日

伊豆市長　菊地　豊　様

（申請者）住所

氏名

　　　　　続柄　( 　　) 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に必要な事項について、確認願います。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 被保険者番号 |  | 生年　月日 | 明・大・昭  　　年　　月　　日 |

※ 申請者が被保険者の場合、被保険者住所・被保険者氏名は記載不要

* おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに〇）

　　　　１年目　　　　２年目以降