

年 月 日

古 河 市 長 様

確定申告に使用するため、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。

※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

申出者 住 所

氏 名

(対象者との続柄：)

対象者 氏 名

対象者 介護保険被保険者番号