

(別紙1)

年 月 日

おむつ代医療費控除に係る主治医意見書内容確認申請書

嵐山町長 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に必要な事項について確認願います。

住所 _____

氏名 _____

被保険者番号 _____

※ 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