

様式第2号(第4条関係)

年 月 日

岐南町長 宛

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。

申請者

住 所 _____

氏 名 _____

対象者氏名 _____

被保険者番号 _____

対象者との続柄 _____

電話番号 _____