

平成 年 月 日

昭和町長 様

おむつ使用証明書に代わる主治医意見書の証明申請書

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、平成 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、証明願います。

申請者住所 _____

申請者氏名 _____ 印

申請者電話番号 _____

被保険者氏名 _____