

令和 年 月 日

五 城 目 町 長 様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和 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。

申請者

住 所

氏 名

介護保険被保険者番号

0	0	0	0	0					
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--

※代理申請書

続柄

連絡先