（様式第１）

おむつ代の医療費控除確認書交付申請書

東　郷　町　長　様

年　　月　　日

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（該当するものに〇）

１年目　　２年目以降