

(別紙1)

令和 年 月 日

泉佐野市長 様

住所 _____

氏名 _____

被保険者番号 _____

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、平成・令和 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。