

医療費領収書の返却依頼書

子ども若者課長 あて

年 月 日

下記のとおり、医療費領収書の返却を依頼します。

対象児	氏 名		受給者番号							
申請者	住 所	目黒区 方書 電話 () 丁 目 番 号								
	氏 名									
診療年月	年 月 分		医療機関名							
	年 月 分									
	年 月 分									
申請理由	1 確定申告医療費控除に使用するため。 2 区税申告医療費控除に使用するため。									

事務処理欄	
支払予定月	月