

◎年度の記入を必ずお願いします。

6年度(5年分) セルフメディケーション税制に係る控除の明細書(市民税・都民税用)

- **セルフメディケーション税制に係る控除を受けるためには、この明細書の添付が必要となります。**(医薬品購入費の領収書の添付又は提示は必要ありません。)
- 医薬品購入費の領収書は、市民税・都民税申告期限等から5年間、領収書はご自宅等で保管してください。(後日、市役所から領収書の提示又は提出を求める場合があります)

※ 領収書の添付又は提示により申告することはできません。

氏名 _____ (生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

1 申告する方の健康の保持増進及び疾病の予防への取組(取組を行ったことを明らかにする書類の添付又は提示が必要です。)

(1)取組内容	<input type="checkbox"/> 健康診査 <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 定期健康診断 <input type="checkbox"/> 特定健康診査 <input type="checkbox"/> がん検診 <input type="checkbox"/> ()	<書類例> ・インフルエンザ予防接種又は定期予防接種の領収書又は予防接種済証 ・職場で受けた定期健康診断の結果通知表 (「定期健康診断」という名称又は「勤務先名称」が記載されているもの) ・特定健康診査の領収書又は結果通知表 (「特定健康診査」という名称又は「保険者名」が記載されているもの) ・市区町村のがん検診の領収書又は結果通知表 ・人間ドックやがん検診をはじめとする各種健診(検診)の領収書又は結果通知表 (「勤務先名称」又は「保険者名」が記載されているもの) ※ 結果通知表は健診結果部分を黒塗り又は切り取りした写しでも差し支えありません。
(2)発行者名 (保険者、勤務先、 市区町村、医療機関名等)		

※取組に要した費用は控除対象となりません。

2 特定一般用医薬品等購入費^(注)の明細(「薬局等の支払先の名称」ごとにまとめて記入することができます。)

(1) 薬局等の支払先の名称	(2) 医薬品の名称	(3) 支払った金額	(4) (3)のうち生命保険や社会保険等で補てんされる金額
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
合計		① 円	② 円

※欄が不足する場合は便箋等を使用して不足分を作成してください。

この明細書を、申告書と一緒に提出してください。

(注) 医師によって処方される医薬品(医療用医薬品)から薬局等で購入できるOTC医薬品に転用された医薬品(スイッチOTC医薬品)等の購入費をいいます。

申告書おもて面「医療費控除」の①欄に転記

申告書おもて面「医療費控除」の②欄に転記

この控除を受ける方は、従来からの医療費控除を受けることができません。
(裏面の医療費控除の明細書に、記載することはできません。)