

令和3年度(令和2年分) 医療費控除の明細書(市民税・都民税用)

○ **医療費控除を受けるためには「医療費控除の明細書」の添付が必要です。**(医療費の領収書の添付又は提示は必要ありません。)

○ 医療費の領収書は、市民税・都民税申告期限等から5年間、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。)

※ 令和3年度(令和2年分)の市民税・都民税申告からは、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 医療費の明細(「医療を受けた方の氏名」、「病院・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) 医療を受けた方の氏名	(2) 病院・薬局等の支払先の名称	(3) 医療費の区分	(4) 支払った医療費の額	(5) (4)のうち生命保険や社会保険等で補てんされる金額
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費(交通費等)	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費(交通費等)	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費(交通費等)	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費(交通費等)	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費(交通費等)	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費(交通費等)	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費(交通費等)	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費(交通費等)	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費(交通費等)	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費(交通費等)	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費(交通費等)	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費(交通費等)	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費(交通費等)	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費(交通費等)	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費(交通費等)	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費(交通費等)	円	円
医療費の合計			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。

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、セルフメディケーション税制に係る控除を受けることができません。(セルフメディケーション税制に係る控除を受ける方は、裏面の明細書を使用してください。)