

令和4年1月1日現在の住所		
世田谷区	丁目	番 号
フリガナ		電話番号
氏名		() -

住民税用

こちらに証明書等の添付書類を貼付してください。

添付書類のある方は、以下の点についてご確認ください。

※添付書類のない方は、この台紙の提出は不要です。

- 申告書** 必要事項を記入し、この台紙と併せて提出する。
- 添付書類** この台紙に貼り付けている。
- 領収書・証明書の支払日** 令和3年1月1日～令和3年12月31日の範囲である。

- 通常の医療費控除** 「医療費控除の明細書」(裏面)を記入している。又は、医療保険者等の「医療費通知」をこの台紙の裏面に貼り付けている。

※「医療費通知」とは、医療保険者等が発行する医療費の金額等を通知する書類で、次の項目が記載されたものをいいます。

(例：健康保険組合が発行する「医療費のお知らせ」)

〔①被保険者等の氏名 ②医療を受けた年月 ③医療を受けた者 ④医療を受けた病院・薬局などの名称 ⑤ 支払った医療費の額 ⑥保険者等の名前〕

「医療費通知」に記載のある医療費については、「医療費控除の明細書」(裏面)の記入を省略できます。

※令和3年度より医療費の領収書をご提出いただいても上記書類の添付がない場合、医療費控除は適用できません。

※「医療費控除の明細書」に係る領収書は5年間保管してください。記入内容を確認するため、後日、領収書の提示をお願いすることがあります。

- 医療費控除の特例(セルフメディケーション税制)** 「医療費控除の明細書」(裏面)を記入している。

※領収書及び健康の保持増進・疾病予防への取り組みを明らかにする書類は5年間保管してください。

1. 通常の医療費控除を選択する場合

納税者本人や生計を一にする親族の医療費を支払った場合に、医療費控除を受けることができます。
「3. 医療費または特定一般用医薬品購入費の記載欄」に必要事項を記載してください。

2. 医療費控除の特例(セルフメディケーション税制)を選択する場合

セルフメディケーション税制とは、平成30年度の住民税申告より、健康の保持増進及び疾病の予防として一定の取り組みを行う方が、自己または生計を一にする親族に係る特定一般用医薬品等購入費を支払った場合に、通常の医療費控除との選択により、セルフメディケーション税制による医療費控除の特例の適用を受けることができる制度です。ただし、取り組みに要した費用は控除対象となりません。詳しくは国税庁または世田谷区のホームページをご覧ください。

セルフメディケーション税制の適用を希望される方は、下記1)、2)を記入してください。また、「3. 医療費または特定一般用医薬品購入費の記載欄」に必要事項を記載してください。

※通常の医療費控除を選択される方は、下記へのチェックや取組書類の添付は不要です。

1) チェック してください → **医療費控除の特例(セルフメディケーション税制)適用**

2) 申告する方の健康の保持増進・疾病予防への取り組みにチェック してください。

- 健康診査 予防接種 定期健康診断
特定健康診査 がん検診

3. 医療費または特定一般用医薬品購入費の記載欄

(1) 「通常の医療費控除」を希望される方

……支払った医療費に関する事項を記入してください。

(2) 「医療費控除の特例(セルフメディケーション税制)」の適用を希望される方

……支払った特定一般用医薬品等の購入費に関する事項を記入してください。

※「通常の医療費控除」または「医療費控除の特例(セルフメディケーション税制)」、いずれか一方しか適用することができませんので、ご注意ください。

※「領収書1枚」ごとではなく、「医療を受けた方」・「病院、薬局等の名称」ごとにまとめて記入できます。

①医療を受けた方	②病院・薬局などの名称	③特定一般用医薬品名 (セルフメディケーション税制の場合のみ)	④医療費の内訳 (該当にチェック <input checked="" type="checkbox"/>)	⑤支払った医療費
			<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"/> その他医療費	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"/> その他医療費	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"/> その他医療費	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"/> その他医療費	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"/> その他医療費	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"/> その他医療費	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"/> その他医療費	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"/> その他医療費	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"/> その他医療費	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"/> その他医療費	円
支払った医療費の合計【申告書表面の医療費控除の(イ)に記入してください。】				円

※記入しきれない場合には、別紙に記載してください。(用紙の指定はありません。)

領収書・証明書の支払日が、令和3年中であることをご確認ください。

医療費通知は、こちらに貼付してください。