

## 添付書類台紙

〒 住所	
フリガナ 氏名	電話番号 — —

- ・この用紙は、申告書を郵送で提出する際にご使用ください。
  - ・下記一覧表をご確認のうえ、各種必要書類の原本もしくは写しを貼付してください。
  - ・貼りきれない場合（書類が多い、書類のサイズが大きい等）は、そのまま同封してください。
  - ・医療費控除の申告をされる方はウラ面に必ずご記入ください。**領収書のみの貼付では受付できません。**
- ※提出された資料はお返しできませんので、お手元に原本が必要な場合は写しを貼付してください。

申告書の写しが必要な場合はチェックしてください。

※返信用の封筒（住所・氏名を記入し、切手を貼った封筒）を一緒にご郵送ください。➡



提出書類の貼付箇所 (のりしろ)	申告事項		必要書類	チェック	
	本人確認書類		運転免許証、マイナンバーカード等の写し	<input type="checkbox"/>	
	収入・所得	給与所得	源泉徴収票、収入金額がわかる明細書等	<input type="checkbox"/>	
		年金所得	源泉徴収票	<input type="checkbox"/>	
		事業、不動産所得	収支内訳書（営業等所得・農業所得・不動産所得のある方）	<input type="checkbox"/>	
		その他雑所得、一時所得等	収入金額、必要経費がわかる明細書等	<input type="checkbox"/>	
	所得控除	医療費控除 (いずれかを選択)	医療費控除	医療費控除に関する明細書（ウラ面）	<input type="checkbox"/>
			医療費控除の特例 (セルフメディケーション税制)		<input type="checkbox"/>
		雑損控除	り災証明書や、災害等に関連して支出した金額の領収書等 ※詳しくは市民税課へお問い合わせください。	<input type="checkbox"/>	
		社会保険料控除、 小規模企業共済等 掛金控除	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国民健康保険税</li> <li>・後期高齢者医療保険料</li> <li>・介護保険料</li> </ul> } の納付済連絡票 ※国保収納課から郵送で届くハガキ	<input type="checkbox"/>	
生命保険料控除		支払額の証明書 (ご加入の保険会社や団体から届く支払証明書や控除証明書等)	<input type="checkbox"/>		
地震保険料控除			<input type="checkbox"/>		
勤労学生控除		学生証の写し	<input type="checkbox"/>		
障がい者控除		障がい者手帳等の写し（障がいの等級及び有効期間が分かるもの） または、障がい者控除対象者認定書（介護保険課で発行）	<input type="checkbox"/>		
寄附金税額控除		寄附金の受領書	<input type="checkbox"/>		

## 医療費控除に関する明細書

〒 住所	
フリガナ 氏名	電話番号 — —

- ・この用紙は、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）の申告をする際にご使用ください。この用紙以外で、任意の用紙に別途作成されても構いません。医療保険者からの通知を明細書としてご提出いただくことも可能です。
- ・**領収書のみ**の貼付または提示による申告は受け付けできません。必ず明細書を作成してください。

(1) 申告する控除を選択してください。（いずれか一方を選択してください。併用はできません。）

- 医療費控除  
 医療費控除の特例（セルフメディケーション税制）  
 →医療費控除の特例を選択した場合は以下をご記入ください。

取組内容	<input type="checkbox"/> 健康診査 <input type="checkbox"/> 特定健康診査	<input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> がん検診	<input type="checkbox"/> 定期健康診断 <input type="checkbox"/> （                      ）
------	--	--	--

(2) 医療費通知を添付する場合、以下を記入してください。

① 医療費通知に記載された医療費の額	② ①のうち、その年中に実際に支払った医療費の額	③ ②のうち、生命保険などで補てんされる金額
ア	イ	イ

(3) 医療費等の明細を記入してください。（上記②に含まれる医療費は、記入しないでください。）

	医療を受けた方の氏名	続柄	病院・薬局などの支払先の名称 (特例の場合：医薬品の名称)	支払った金額(※)	左の※のうち、生命保険などで補てんされる金額
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
	合 計			ウ	エ
	医療費の合計			A 支払額(ア+ウ)	B 補てんされた額(イ+エ)

※領収書の添付は不要ですが、提示又は提出を求めることがありますので、5年間は保存してください。

(4) 市民税・県民税申告書に転記してください。

- 医療費控除を選択された方  
→A及びBの額を申告書の「Cの⑬-1医療費控除欄」に転記してください。
- 医療費控除の特例（セルフメディケーション税制）を選択された方  
→AからBを差し引いた額を、申告書の「Cの⑬-2医療費控除の特例欄」に転記してください。