

●住所

●氏名

1 医療費の明細で申告する場合は支払った医療費等を下表にご記入ください。(領収書の添付は不要です。)

「医療を受けた人」、「病院・薬局などの名称」ごとにまとめてご記入ください。

記入例	医療を受けた人	続柄	病院・薬局などの名称	医療費の区分	支払った医療費	補てん金 (★)
	堺市 太郎	本人	A病院	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	30,000 円
	//	本人	JR、〇〇バス	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> その他の医療費	1,500
	堺市 花子	妻	A病院	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	20,000
				<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	
				<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	
				<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	
				<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	
				<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	
				<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	
				<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	
				<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	
				<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	
				<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	
合 計				(ア) 以外に支払った医療費がない場合は「(ア) 以外に支払った医療費がない場合は」に進んでください	(イ)	

(★) 給付金、保険金等で医療費の補てんを受けた場合、補てん対象となった医療費の金額を限度として、その金額をご記入ください。

2 医療費通知を使用して申告する場合は下記の(1)～(3)をご記入ください。(医療費通知原本の添付が必要です。)

医療費通知とは医療保険者等が発行する医療費の額等を通知する書類で、次の6つの事項が記載されたものをいいます。

- ・被保険者等の氏名 ・療養を受けた年月 ・療養を受けた者 ・療養を受けた病院、診療所、薬局等の名称
- ・被保険者等が支払った医療費の額 ・保険者等の名称

(例：健康保険組合等が発行する「医療費のお知らせ」)

※各区地域福祉課が発行する「介護保険給付費通知書」は医療費控除の資料として使用できません。

(1)	医療費通知に記載された自己負担の額	(2)	(1)のうちその年中に実際に支払った自己負担の額	(3)	(2)のうち生命保険や社会保険などで補てんされる金額 (★)
	円		(ウ) 円		(エ) 円

3 控除額の計算

①	支払った医療費 (ア+ウ)	(合計)	円
②	保険金などで補てん される金額 (イ+エ)		円
③	差引金額 (①-②)	(マイナスのときは0円)	円

④	所得金額の合計額	円
⑤	所得金額の5% (④×0.05)	(赤字のときは0円) 円
⑥	⑤と10万円の いずれか少ない金額	円
⑦	医療費控除額 (③-⑥)	(最高200万円 赤字のときは0円) 円

重要なお知らせ

- 医療費控除の適用を受けるためには、「医療費控除明細書」の提出が必要です。
(医療費や医薬品購入の領収書を提出されても、医療費控除は適用できません。)
- 領収書(医療費通知に係るものを除く)は、明細書の記入内容の確認のために提示または提出を求める場合がありますので、申告期限等から5年間、ご自宅等で保管してください。

令和 年度 市民税・府民税申告書 添付書類台紙

住 所		フリガナ	
		氏 名	

下記書類の添付・提示がない場合は、控除を適用できないことがあります。
※貼付の際には、氏名や年度が見えにくならないよう、ご注意ください。

の り し ろ
①源泉徴収票等収入内容が分かる書類
※写しを貼付いただきますよう、ご協力願います。

の り し ろ
②社 会 保 険 料 控 除 関 係 書 類
※①で年金の源泉徴収票の写しを貼付していれば、年金から引き落としされている保険料については、貼付の必要はありません。
※配偶者や被扶養者の年金から引き落としされている介護保険料等は、たとえ生計を一にされていても控除に加えることはできません。

の り し ろ
③生 命 保 険 料 控 除 関 係 書 類
※保険会社から発行される控除証明書を貼付してください。

の り し ろ
④地 震 保 険 料 控 除 関 係 書 類
※保険会社から発行される控除証明書を貼付してください。

の り し ろ
⑤寄 附 金 税 額 控 除 関 係 書 類
※ふるさと納税で、ワンストップ特例の申請をされた方が、医療費控除等により申告書を提出した場合は、ワンストップ特例の申請が無効になりますので、特例申請書を提出した寄附分を含めて申告をする必要があります。

の り し ろ

医療費控除を申告する場合は、裏面の医療費控除明細書をご記入ください。
※医療費の領収書の提出は必要ありません。(ご自宅等で、5年間保管してください。)