

市民税・県民税申告書
添付書類台紙

※ 市役所処理欄	台帳番号	-
	整理番号	

氏名	
----	--

郵送される場合は
貼ってください

●所得を証明するもの ※該当する方

給与・公的年金の源泉徴収票（コピー可）

事業の収支内訳書、個人年金の支払調書など

●控除を証明するもの ※該当する方

社会保険料控除：国民健康保険税、後期高齢者医療保険料、介護保険料、

国民年金等の年間納付額を証明する書類

生命保険料控除：年間支払額を証明する書類

地震保険料控除：年間支払額を証明する書類

障害者控除：障害者手帳等又は障害者控除対象者認定書のコピー

医療費控除：裏面「医療費控除の明細書」を作成し、提出してください

令和 年分 医療費控除の明細書【内訳書】

※この控除を受ける方は、セルフメディケーション税制は受けられません。

実際に支払った額を
領収書等で確認し記入

保険金などを
受け取った場合は記入

1 医療費通知に記載された事項

医療費通知（※）を添付する場合、
右記の（１）～（３）を記入します。

(1) 医療費通知に記載された 医療費の額(自己負担額) (注)	(2) (1)のうちその年中に実際に 支払った医療費の額	(3) (2)のうち生命保険や社会 保険（高額療養費など） などで補てんされる金額
円 ㊦	円 ㊧	円

※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、
所定の事項が記載されたものをいいます。
(例：健康保険組合等が発行する「医療費のお知らせ」)

(注) 医療費通知には前年支払分の医療費が記載されている場合がありますので
ご注意ください。

2 医療費（上記 1 以外）の明細

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

(1) 医療を受けた 方の氏名	(2) 病院・薬局などの 支払先の名称	(3) 医療費の区分	(4) 支払った 医療費の額(円)	(5) (4)のうち生命保険や 社会保険(高額療養 費など)などで補てんさ れる金額(円)
記入例 豊橋 太郎	○△病院	<input checked="" 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	0,000	
	〇〇バス(通院費)	<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 checked="" type="checkbox"/> その他の医療費	0,000	
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
2 の 合 計			㊨ 円 ㊩	円
医 療 費 の 合 計			A (㊦+㊨) 円	B (㊩+㊩) 円

3 控除額の計算

支払った医療費	合計	円	A
保険金などで 補てんされる金額			B
差引金額 (A - B)			C
所得金額の合計額			D
D × 0.05			E
E と 10 万円のいずれか 少ない方の金額			F
医療費控除額 (C - F)			G

所得金額の合計額が200万円
以上である場合、F欄は10万円
となります。

市民税・県民税申告書の
「所得から差し引かれる金額」の
医療費控除欄に転記します。