

多摩市長 殿

証明申請者

氏名 _____ 印

年分 特定一般用医薬品等購入費の所得控除に係る証明書交付申請書

租税特別措置法施行令第26条の27の2第1項の規定により厚生労働大臣が定める健康の保持増進及び疾病の予防への取組を行ったことについて、特定一般用医薬品等購入費の所得控除に係る証明書の交付に関する要綱第4条第1項の規定により、次のとおり証明書の交付を申請します。

ふりがな				性別	男・女
氏名					
住所					
電話番号					
保険証の 記号・番号	記号	番号	生年月日	年 月 日	
健診（検診）名				受診日	年 月 日
				※2	
予防接種名				接種日	年 月 日
				※2	
健診等実施 機関名※1					
来庁した人 (郵送した人)	<input type="checkbox"/> 本人				
	<input type="checkbox"/> 本人と同居			本人との関係	
	住所：				
	氏名：				
電話番号：					

※1：健診等実施機関名が不明な場合は、記載不要です。

※2：平成29年1月1日以降に受診（接種）したもので、確定申告の対象となる年と同一の年に受診（接種）したものに限りします。

本人確認	1点確認	免・運転経歴・パ・身障・療育・精神・在留・特別永住・番号C・住基・その他（ ）
	2点確認	国保・社保・年手・年証・児童扶養・特児童扶養・介保・医療証・住基・社証・学証・通帳・キャッシュカード・納税・その他（ ）
代理確認	委任状・その他（ ）	