

別記

第1号様式（第3条関係）

年分 特定一般用医薬品等購入費を
支払った場合の所得控除に関する証明申請書

年 月 日

(宛先) 大 田 区 長

申請者 _____

次のとおり租税特別措置法施行令第26条の27の2第1項の規定に基づき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の証明を申請します。

1 証明を受ける方

ふりがな				性別	男 ・ 女
氏名					
住所					電話番号 ()
被保険者証の 記号・番号	記号	番号	生年 月日	年 月 日	
	—				
健診名等 (※1)	1. 第2条第1号の健康診査（大田区国民健康保険） 2. 第2条第2号の人間ドック（大田区国民健康保険人間ドック受診助成対象の人間ドック）				
健診実施機関 (※2)				受診日 (※3)	年 月 日

※1 該当する健診名の数字に○をしてください。

※2 実施医療機関名が不明な場合には記載不要です。

※3 平成29年1月1日以降に受診し、確定申告の対象となる年と同一の年に受診したことが必要です。

2 本人以外による申請の場合は下の欄に記載してください。(委任状が必要です。)

氏名			本人との 関係		
住所					電話番号 ()