後期高齢者医療

特定一般用医薬品等購入費を支払った場合の

所得控除（セルフメディケーション税制）

に関する証明依頼書送付票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 送付年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 市区町村名： |  |  |
| 担当部署名： |  |  |
| 担当者名： |  |  |
| 送付枚数： |  | 枚 |  |
|  | 別紙の者につき、健診等の受診を確認した。 |
|  | ※市区町村 | 課　長 | 係　長 | 担　当 |
|  |  |  |

※記載いただいた部署に証明書を返送いたします。

|  |
| --- |
| ※広域連合使用欄 |
| 証明発行 | 次　長 | 班　長 | 係　長 | 担　当 |
|  |  |  |  |