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 |
|  |  |  |  |