令和　年度　個人事業税 医療費の明細書（医療費減免申請用）

氏名				
納税通知書番号				
納期限	第一期：		第二期：	
税額	第一期：		第二期：	
電話番号				

医療費の明細

※減免申請年の1月1日から申請日までの医療費
（ただし、前年度に医療費減免の適用がなかった場合は前年の9月1日から申請日までの医療費）

医療を受けた方の氏名	続柄	病院・薬局など支払先の名称	支払の名目（例：治療）	支払金額	支払金額のうち保険金等による補填額	支払年月日
			合計			

医療費の明細

※減免申請年の1月1日から申請日までの医療費
（ただし、前年度に医療費減免の適用がなかった場合は前年の9月1日から申請日までの医療費）

医療を受けた方の氏名	続柄	病院・薬局など支払先の名称	支払の名目（例：治療）	支払金額	支払金額のうち保険金等による補填額	支払年月日