

氏名

※ 自己又は自己と生計を一にする配偶者その他の親族のために支払った医療費に関する医療費通知に限ります。

その年中に自己又は自己と生計を一にする配偶者その他の親族のために支払った医療費について、「医療を受けた方の氏名」、「病院・薬局などの支払先の名称」ごとにまとめて記入してください。

$$R = I + T$$

医療費控除の対象となる費用	添付又は提示が必要な書類
上記１「医療費通知に関する事項」欄に記載した医療費	医療費通知（要添付）
寝たきりの人のおむつ代	医師が発行した「おむつ使用証明書」など
温泉利用型健康増進施設の利用料金	温泉療養証明書
指定運動療法施設の利用料金	運動療法実施証明書
ストマ用装具の購入費用	ストマ用装具使用証明書
B型肝炎患者の介護に当たる同居の親族が受ける同ワクチンの接種費用	医師の診断書(その患者がB型肝炎にかかっており、医師による継続的治療を要する旨の記載のあるもの)
白内障等の治療に必要な眼鏡の購入費用	処方箋(医師が、白内障等一定の疾病名と治療を必要とする症状を記載したもの)
市区町村又は認定民間事業者による在宅療養の介護費用	在宅介護費用証明書