

令和 年度 市県民税 国民健康保険税 申告書

提出年月日 年 月 日

Header information form including residence (うきは市 吉井町・浮羽町), administrative number, name, personal number, birth date, and telephone number.



3 所得から差し引かれる金額に関する事項

Main deduction form with sections for social insurance (13-14), life insurance (15), earthquake insurance (16), spouse/dependent exemptions (17-19), disability exemption (20), spouse exemption (21-22), and support exemption (23-25).

別居の扶養親族等がいる場合には、裏面「12」に氏名、個人番号及び住所を記入してください。

Sections 26 (Miscellaneous Deduction) and 27 (Medical Expense Deduction) for reporting losses and medical costs.

※24基礎控除額430,000は前年の合計所得金額2,400万円以下の場合

Summary table of income and deductions. Columns include category (e.g., 1 収入金額, 2 所得金額, 4 所得から差し引かれる金額), sub-category, and amount in yen.

地方税法附則第4条の4の規定の適用を選択する場合には、「医療費控除」欄の「区分」の□に「1」と記入してください。

5 給与・公的年金等にかかる所得以外（本年4月1日において65歳未満の方は給与所得以外）の市民税・県民税の納税方法

Options for tax payment method: □ 給与から差引き（特別徴収） □ 自分で納付（普通徴収）

6 給与所得の内訳

|         |   |
|---------|---|
| ① 事業所種別 |   |
| 勤務先所在地  |   |
| 勤務先名    |   |
| 事業所番号   |   |
| 収入合計額   | 円 |
| ② 事業所種別 |   |
| 勤務先所在地  |   |
| 勤務先名    |   |
| 事業所番号   |   |
| 収入合計額   | 円 |
| ③ 事業所種別 |   |
| 勤務先所在地  |   |
| 勤務先名    |   |
| 事業所番号   |   |
| 収入合計額   | 円 |
| ④ 事業所種別 |   |
| 勤務先所在地  |   |
| 勤務先名    |   |
| 事業所番号   |   |
| 収入合計額   | 円 |

7 事業・不動産所得に関する事項

| 所得の種類 | 所得の生ずる場所 | 収入金額 | 必要経費 | 青色申告特別控除額 |
|-------|----------|------|------|-----------|
|       |          | 円    | 円    | 円         |
|       |          |      |      |           |
|       |          |      |      |           |
|       |          |      |      |           |
|       |          |      |      |           |
|       |          |      |      |           |

8 配当所得に関する事項

| 配当所得の種類 | 所得の生ずる場所 | 支払確定年月 | 収入金額 | 必要経費 |
|---------|----------|--------|------|------|
|         |          |        | 円    | 円    |
|         |          |        |      |      |
|         |          |        |      |      |
|         |          |        |      |      |
|         |          |        |      |      |
|         |          |        |      |      |

国外株式等に係る外国所得税額

9 雑所得(公的年金等以外)に関する事項

| 種目 | 所得の生ずる場所 | 収入金額 | 必要経費 |
|----|----------|------|------|
|    |          | 円    | 円    |
|    |          |      |      |
|    |          |      |      |
|    |          |      |      |
|    |          |      |      |

10 総合譲渡・一時所得の所得金額に関する事項

| 総合譲渡             | 短期 | 収入金額 | 必要経費 | 差引金額<br>(収入金額-必要経費) | 特別控除額 | 所得金額<br>(差引金額-特別控除額) |
|------------------|----|------|------|---------------------|-------|----------------------|
|                  |    | 円    | 円    | 円                   | 円     | 円                    |
|                  | 長期 |      |      |                     |       | ロ                    |
|                  | 一時 |      |      |                     |       | ハ                    |
| 合計 イ+[(ロ+ハ)×1/2] |    |      |      |                     |       | ニ                    |

右上のイの金額を表面のロに、ロの金額を表面のハに、ハの金額を表面のシに記入してください。  
右のニの金額を表面の⑩の所得金額欄へ記入してください。

11 事業専従者に関する事項

|                                 |    |    |          |              |                |
|---------------------------------|----|----|----------|--------------|----------------|
| フリガナ                            | 氏名 | 続柄 | 生年<br>月日 | 明・大・昭<br>平・令 | 専従者給与<br>(控除)額 |
| 1                               |    |    |          |              |                |
| フリガナ                            | 氏名 | 続柄 | 生年<br>月日 | 明・大・昭<br>平・令 | 専従者給与<br>(控除)額 |
| 2                               |    |    |          |              |                |
| フリガナ                            | 氏名 | 続柄 | 生年<br>月日 | 明・大・昭<br>平・令 | 専従者給与<br>(控除)額 |
| 3                               |    |    |          |              |                |
| 所得税における青色申告の承認の有無 承認あり・承認なし 合計額 |    |    |          |              |                |

13 配当割額又は株式等譲渡所得割額の控除に関する事項

特定配当等に係る所得金額、特定株式等譲渡所得金額を総所得金額に含め、配当割額又は株式等譲渡所得割額の控除を受けようとする場合は、下の各欄に配当割額及び株式等譲渡所得割額を書き入れてください。

|              |   |
|--------------|---|
| 配当割額控除額      | 円 |
| 株式等譲渡所得割額控除額 |   |

14 寄附金に関する事項

|                                      |              |
|--------------------------------------|--------------|
| 都道府県、市区町村分<br>(特例控除対象)               | 円            |
| 住所地の共同募金会、日赤支部分・都道府県、市区町村分(特例控除対象以外) |              |
| 条例指定分                                | 都道府県<br>市区町村 |

支出した寄附金に応じて、各欄にそれぞれ寄付した金額を記入してください。

12 別居の扶養親族等に関する事項

|      |    |      |    |
|------|----|------|----|
| フリガナ | 氏名 | 個人番号 | 住所 |
| 1    |    |      |    |
| フリガナ | 氏名 | 個人番号 | 住所 |
| 2    |    |      |    |
| フリガナ | 氏名 | 個人番号 | 住所 |
| 3    |    |      |    |

15 所得金額調整控除に関する事項

|      |    |    |          |              |                  |        |              |
|------|----|----|----------|--------------|------------------|--------|--------------|
| フリガナ | 氏名 | 続柄 | 生年<br>月日 | 明・大・昭<br>平・令 | 特別障害者に<br>該当する場合 | 級<br>度 | 別居の場合<br>の住所 |
| 個人番号 |    |    |          |              |                  |        |              |

【前年中に収入がなかった人及び非課税収入のみの人の記載欄】 ※該当するものに☑を付して必要事項をご記入ください

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 雇用保険(失業保険)を受けていた                         | 退職日 年 月 日 : 受給期間 年 月 ~ 年 月                  |
| <input type="checkbox"/> 遺族年金・障害年金・傷病手当を受給していた                    | ※該当するものを○で囲んで下さい                            |
| <input type="checkbox"/> 失業中 <input type="checkbox"/> 入院(療養)中であつた | <input type="checkbox"/> 生活保護法による生活扶助を受けていた |
| <input type="checkbox"/> 仕送り・預貯金で生活していた                           | ※該当するものを○で囲んで下さい                            |
| <input type="checkbox"/> 専業主婦・家事手伝い・学生であつた                        | ※該当するものを○で囲んで下さい                            |
| <input type="checkbox"/> その他の理由(生活状況を右欄に具体的にご記入ください)              |   |