

受付

令和 6 年度分

市民税・県民税 国民健康保険税 介護保険料 後期高齢者医療保険料 申告書

町名コード 世帯コード 宛名番号

村上市長様 現住所 業種又は職業 電話番号 個人番号 提出年月日 1月1日現在の住所 生年月日 世帯主の氏名 続柄

3 所得から差し引かれる金額に関する事項

雑損控除 医療費控除 社会保険料控除 生命保険料控除 地震保険料控除 障害者控除 配偶者控除・特別控除・同居配偶者 扶養控除

1 収入金額等 事業 営業等 ア 農業 イ 不動産 ウ 利子 エ 配当 オ 給与 カ 公的年金等 キ 雑 業務 ク その他 ケ 総合譲渡 短期 コ 長期 サ 一時 シ

2 所得金額 事業 営業等 ① 農業 ② 不動産 ③ 利子 ④ 配当 ⑤ 給与 ⑥ 公的年金等 ⑦ 雑 業務 ⑧ その他 ⑨ 合計 (7+8+9) ⑩ 総合譲渡・一時 ⑪ 合計 ⑫ 0

4 所得から差し引かれる金額 社会保険料控除 ⑬ 小規模企業共済等掛金控除 ⑭ 生命保険料控除 ⑮ 地震保険料控除 ⑯ 寡婦、ひとり親控除 ⑰ 勤労学生、障害者控除 ⑱ 配偶者(特別)控除 ⑲ 扶養控除 ⑳ 基礎控除 ㉑ ⑬から㉑までの計 ㉒ 0 雑損控除 ㉓ 医療費控除 ㉔ 合計 (㉓+㉔) ㉕ 0

5 給与所得以外の市民税・県民税の納税方法

□ 給与から差引き(特別徴収) □ 自分で納付(普通徴収)

16歳未満の扶養親族 1 2 3

別居の扶養親族等がある場合には、裏面「12」に氏名及び住所を記入してください。

裏面にも記載する欄がありますから注意してください。

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。

本線の枠内に記入してください。なお、この申告書を提出した方は、「市町村民税・道府県民税申告書(分離課税等用)」をあわせて提出してください。

6 給与所得の内訳

〔日給などの給与所得のある人で、源泉徴収票のない人は記入してください。〕

月	日	給	勤務日数	月	収
1					円
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
賞 与 等					円
合 計					
勤務先所在地					
勤務先名					
電話番号					

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
		・		
		・		

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・一時所得金額に関する事項

総合譲渡	収入金額		必要経費	差引金額 (収入金額-必要経費)	特別控除額	所得金額 (差引金額-特別控除額)
	短期	長期	円	円	円	円
一						イ ロ ハ
二 合計イ+[(ロ+ハ)×1/2]						

右上のイの金額を表面のロに、ロの金額を表面のサに、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ヒ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	続柄	生年月日	明・大昭・平	専従者給与(控除)額
1 氏名				
個人番号		従事月数		
2 氏名				
個人番号		従事月数		
3 氏名				
個人番号		従事月数		
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				

12 別居の扶養親族等に関する事項

フリガナ	住所	個人番号
1 氏名		
2 氏名		
3 氏名		

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

配当割額控除額	
株式等譲渡所得割額控除	

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、上の各欄に配当割額及び株式譲渡所得割額を書き入れてください。

14 寄附金に関する事項

都道府県、市区町村分	円
所在地の共同募金会、日赤支部分	
条例指定分	都道府県 市区町村

「都道府県、市区町村分」、「所在地の共同募金会、日赤支部分」の各欄には、当該団体へ寄付した金額を記入してください。  
「条例指定分」の「都道府県」、「市区町村」の各欄には、住所地の都道府県、市区町村の条例で指定された寄付金を支出した場合にそれぞれを記入してください。

15 事業税に関する事項

非課税所得など	番号	円
損益通算の特例適用前の不動産所得		円
事業用資産の譲渡損失など	資産の種類	損失額、被災損失額(白)
前年中の開廃業	開始・廃止	月 日
□他都道府県の事務所等		

16 昨年中に所得のなかった人

※この欄は、非課税照明や国民健康保険税等の基礎資料となりますので、該当番号を○で囲んで記入してください。

1	下記のものに扶養されていた。(仕送りされていた等) 住所 .....
2	学生であった。 学校名 ..... 卒業予定 年 月
3	次の収入(非課税所得)により生活していた。 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 傷病年金 <input type="checkbox"/> 失業保険(失業手当)
4	病気療養中であった。
5	その他(上記のいずれにも該当しない場合) .....