

# 前年中に収入が無かった場合、非課税収入のみだった場合でも、下記に当てはまる人は申告が必要となります

## ①所得課税証明書が必要な方

※家族の扶養についている方でも、申告が無いと証明書の発行ができません。

## ②前の年の収入が遺族年金や障害年金など、税金のかからない非課税収入のみだった方

## ③国民健康保険、後期高齢者医療保険、介護保険に加入している方とその家族の方

## ④各種福祉制度を利用される方とその家族の方

例：保育園を利用される方、介護サービスや医療費助成制度、障害福祉サービスを利用される方

## ⑤国民年金の免除申請をしている方、または今後申請する予定の方

## ⑥高等学校等就学支援金など奨学金制度の手続きで所得課税証明書が必要になる方

など

### 【申告書の書き方】

1. 申告書の表面には、申告する人の氏名、住所、生年月日が印刷されていますので、間違いがないか確認していただき、申告年月日、連絡先電話番号、個人番号(マイナンバー)、世帯主の氏名・続柄を記入してください。記入をしたら、氏名の欄に印鑑を押してください。

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	
平成 31 年度分		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	
	村上市三之町1番1号	電話番号	
提出年月日	1月1日現在の住所	個人番号	
年 月 日	ムラカミ タロウ	生 年 月 日	世帯主の氏名 続柄
	村上 太郎	昭和11年11月11日	
申告予定日		代表者氏名	続柄
3 所得から差し引かれる金額に関する事項			
⑩ 雑損控除	損害の原因	損害年月日	損害を受けた品目と種類
	損害金額	保険金などで補填される金額	差引損失のうち災害関連支出の金額
⑪ 医療費控除	支払った医療費		保険金などで補填される金額
⑫ 社会保険控除	社会保険の種類		支払った保険料
⑬ 社会控除	1月1日現在にお住まいだった住所と申告日現在の住所が異なる場合は、1月1日現在の住所も記入してください。		
⑭ 生命控除	料の計		
	介護医療保険料の計		
⑮ 地震保険控除	地震保険料の計		旧長期損害保険料の計
⑯～⑰ 寡婦(寡夫)、勤労学生控除	⑯ 寡婦(寡夫)控除 ( <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未結盟)	⑰ 勤労学生控除 (学校名)	

収入金額等

事業等	①
不動産	
利子	
配当	
一時	
事業等	②

代理の方が申告書を提出する場合は、代理者の方の氏名、申告者との続柄を記入してください。

太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事業税の申告書を提出す

## 2. 申告書裏面に、前年に収入(所得)が無かった理由を書いてください。

### 10 総合譲渡・一時所得の所得金額に関する事項

		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)
		円	円	円	円	円
総合譲渡	短期					イ
	長期					ロ
一時						ハ
					ニ 合計イ+((ロ+ハ)×1/2)	

右上のイの金額を表面のケに、ロの金額を表面のクに、ハの金額を表面のサに記入してください。  
右のニの金額を表面の④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

氏名	続柄	生年月日	明・大昭・平	専従者給与(控除)額
1				
2				
3				

### 15 事業税に関する事項

非課税所得など	番号	所得金額
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)
平成 年開廃業		円

### 12 別居の扶養親族等に関する事項

※当てはまる理由の番号に丸を付けて、該当の項目を記入又はチェックをつけてください。

(例) 1 番に該当であれば、1 に丸を付けて、扶養者の氏名、住所等を書いてください。

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
-------------------	-----------	-----

所在地の共同募金会、日赤支部

条例指定分	都道府県	市区町村

### 16 昨年中に所得のなかった人

※この欄は、非課税証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。

下記の者に扶養されていた。(仕送りされていた等)

1	住所
	氏名
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)

## 【申告書の提出方法】

申告書は平成31年3月15日(金)までに、村上市役所税務課または各支所の地域振興課市民生活室、岩船連絡所・上海府連絡所の窓口へ提出してください。

また、郵送で提出される場合は、同封の返信用封筒でご返送ください。

## 【マイナンバー(個人番号の確認)について】

平成29年度分の申告から、申告書へのマイナンバー記入とマイナンバーカードの確認をお願いしています。申告書を窓口にお持ちいただいた際に、マイナンバーカード(写真付きのもの)又はマイナンバー通知カード(写真付きでないもの)の確認をさせていただきますので、ご協力をお願いします。(マイナンバー通知カードの場合は、運転免許証など本人確認書類もお持ちください。)

また、郵送の場合はマイナンバーカード又はマイナンバー通知カード(通知カードの場合は運転免許証など本人確認書類も)のコピーを同封してください。

### 【お問い合わせ先・申告書の送付先】

〒958-8501 村上市三之町1番1号 村上市役所 税務課市民税係  
電話：0254-53-2111 (内線 2141・2142)