



令和 3 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
提出年月日	1月1日現在の住所	電話番号
年 月 日	フリガナ	個人番号
	氏名	生年月日
		世帯主の氏名
		続柄

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、道庁市民税・道庁県民税申告書（分離課税等用）をあわせて提出してください。

3 所得から差し引かれる金額に関する事項

代理者氏名		続柄	
-------	--	----	--

⑭ 雑損控除	損害の原因	損害年月日	損害を受けた資産の種類
	損害金額	保険金などで補填される金額	差引損失額のうち災害関連支出の金額
⑮ 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	
⑯ 社会保険料控除	社会保険の種類	支払った保険料	
	合計	0	
⑰ 生命保険料控除	新生命保険料の計	旧生命保険料の計	
	新個人年金保険料の計	旧個人年金保険料の計	
	介護医療保険料の計		
⑱ 地震保険料控除	地震保険料の計	旧長期損害保険料の計	
⑲ 障害者控除	フリガナ氏名	障害の程度	級度
	個人番号		
⑳ 配偶者特別控除	フリガナ氏名	生年月日	配偶者の合計所得金額
	個人番号		
㉑ 扶養控除	フリガナ氏名	生年月日	同居・別居の区分
	個人番号		控除額
	フリガナ氏名	生年月日	同居・別居の区分
	個人番号		控除額
16歳未満の扶養親族（控除対象外）	フリガナ氏名	生年月日	同居・別居の区分
	個人番号		控除額
	フリガナ氏名	生年月日	同居・別居の区分

1 収入金額等	事業	営業等	ア	円	
		農業	イ		
		不動産	ウ		
		利子	エ		
		配当	オ		
		給与	カ		
	雑		公的年金等	キ	
			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		
	雑		公的年金等	⑦	
			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	⑰～⑱			
	勤労学生、障害者控除	⑲～⑳			
	配偶者(特別)控除	㉑～㉒			
扶養控除	㉓				
基礎控除	㉔				
⑬から㉔までの計	㉕	0			
雑損控除	㉖				
医療費控除	㉗				
合計	(㉕+㉖+㉗)	㉘	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)

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」の口に「1」と記入してください。

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			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
		.		
		.		
			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

		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)
総合譲渡	短期	円	円	円	円	イ 円
	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、ロの金額を表面のコに、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⑤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	生年月日	明・大昭・平	専従者 給与 (控除)額
1					
フリガナ	氏名	続柄	生年月日	明・大昭・平	専従者 給与 (控除)額
2					
フリガナ	氏名	続柄	生年月日	明・大昭・平	専従者 給与 (控除)額
3					
フリガナ	氏名	続柄	生年月日	明・大昭・平	専従者 給与 (控除)額
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	氏名	住所	個人 番号
1			
フリガナ	氏名	住所	個人 番号
2			
フリガナ	氏名	住所	個人 番号
3			

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 額	

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等譲渡所得割額を書き入れてください。

14 寄付金に関する事項

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、当該団体へ寄附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	所得金額	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)	円
令和 年開廃業	開始・廃止	月 日	
<input type="checkbox"/> 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。

1	下記の者に扶養されていた。(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) _____