

令和 年度分 市民税・県民税 申告書

一関市長 様	現住所		世帯番号	
	1月1日現在の住所		宛番号	
	フリガナ		業種又は業職	
提出年月日	氏名	電話番号		
年 月 日		個人番号		
	生年月日	大・昭・平・令	世帯主の氏名	世帯主から見た続柄

3 所得から差し引かれる金額の内訳

⑬ 社会保険料控除	種類	国民健康保険料	支払った額	円	種類	介護保険料	支払った額	円
		国民年金保険料		円		後期高齢者医療保険料		円
				円				円
⑮ 生命保険料控除	新生命保険料		円	旧生命保険料		円		
	新個人年金保険料		円	旧個人年金保険料		円		
	介護医療保険料		円			円		
⑯ 地震保険料控除	地震保険料		円	旧長期損害保険料		円		
⑰～⑲ 寡婦控除 死別 生死不明 離婚 未帰還	⑰ 寡婦控除		円	⑱ ひとり親控除		円		
⑳ 障害者控除	フリガナ		氏名	身体 精神 療育		級度		
	フリガナ		氏名	身体 精神 療育		級度		
㉑～㉒ 配偶者控除 配偶者特別控除 同一生計配偶者	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	円			
	氏名		配偶者の合計所得金額		円			
	個人番号			<input type="checkbox"/> 同一生計配偶者 (控除対象配偶者を除く)				
㉓ 扶養控除	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令	同居 別居	続柄		
	氏名							
	個人番号			<input type="checkbox"/> 16歳未満(控除対象外)		控除額		
						万円		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令	同居 別居	続柄		
	氏名							
	個人番号			<input type="checkbox"/> 16歳未満(控除対象外)		控除額		
						万円		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令	同居 別居	続柄		
	氏名							
	個人番号			<input type="checkbox"/> 16歳未満(控除対象外)		控除額		
						万円		

別居の扶養親族等がある場合には、裏面「11」に氏名、個人番号及び住所を記入してください。

㉔ 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	保険金などで補てんされる金額	差し損失額のうち災害関連支出の金額
	円	円	円
㉕ 医療費控除	支払った医療費等	保険金などで補てんされる金額	
		円	円
<input type="checkbox"/> セルフメディケーション税制(医療費控除の特例)			

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	⑩	
		(⑦+⑧+⑨)		
	総合譲渡・一時	⑪		
	合 計	⑫		
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	⑰⑱		
	障害者控除、 勤労学生控除	⑲⑳		
	配偶者(特別)控除	㉑㉒		
	扶養控除	㉓		
	基礎控除	㉔		
	⑬～㉔までの計	㉕		
	雑損控除	㉖		
医療費控除	㉗			
合 計	㉘			

令和 年中の収入がなかった

〔理由〕該当するものを○で囲み内容を記載してください

- 求職中 / 家事に従事 / 病気療養中 / 学生
- 非課税の収入あり
(遺族年金・恩給 / 障害年金 / 傷病手当 / 失業給付)
- 次の者の扶養または援助を受けていた
氏名 _____ あなたから見た続柄 _____

TEL 士名