

令和6年度(令和5年分) 市・県民税申告書

※処理欄	行政区・世帯番号	-
	宛名コード	

滑川市長あて 提出年月日: 年 月 日

申告期限は3月15日です。

* 分離課税に係る所得等のある方は、市・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。

1月1日現在の住所	滑川市	フリガナ		明・大昭・平
現住所	同上	氏名		
電話番号		個人番号		職業
		世帯主の氏名	続柄	屋号

3 所得から差し引かれる金額に関する事項

⑬ 社会保険料除	源泉徴収票のとおり	円	※源泉徴収票に含まれていないものを記入してください。	
	国民健康保険 ※	円		
	介護保険 ※	円		
	後期高齢者医療保険 ※	円		
	国民年金 ※	円		
() ※		円	合計	円
⑮ 生命保険料除	新生命保険料の支払額	円	旧生命保険料の支払額	円
	新個人年金保険料の支払額	円	旧個人年金保険料の支払額	円
	介護医療保険料の支払額	円		
⑯ 地震保険料除	地震保険料の計	円	旧長期損害保険料の計	円
⑰~⑲ ひとり親・寡婦控除、勤労学生控除	⑰ ひとり親控除 <input type="checkbox"/> 該当	⑱ 寡婦控除 <input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 未帰還	
	⑲ 勤労学生控除 <input type="checkbox"/> 該当 [学校名]			
⑳ 障害者除	1 氏名	身体	精神	その他
		級	級	
	2 氏名	身体	精神	その他
		級	級	
㉑~㉒ 配偶者控除・配偶者特別控除・同一生計配偶者	氏名	個人番号	合計所得金額	円
	明・大昭・平			<input type="checkbox"/> 同一生計配偶者(控除対象配偶者を除く)
㉓ 扶養除	1 氏名	個人番号	続柄	明・大昭・平
	住所	別居の場合		控除額 万円
	2 氏名	個人番号	続柄	明・大昭・平
	住所	別居の場合		控除額 万円
	3 氏名	個人番号	続柄	明・大昭・平
	住所	別居の場合		控除額 万円
		源泉徴収票の扶養の通り <input type="checkbox"/> ※源泉徴収票に記載されている扶養親族内容に変更がない場合、☑を入れることにより記載を省略できます。		

16歳未満の扶養親族(控除対象外)	1 氏名	個人番号	続柄	平・令
	住所	別居の場合		
	2 氏名	個人番号	続柄	平・令
	住所	別居の場合		
	3 氏名	個人番号	続柄	平・令
	住所	別居の場合		

↑ 別居の扶養親族等がある場合には、裏面「12」へも記載してください。

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

* 「個人番号」欄には、個人番号(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第2条第5項に規定する個人番号をいう。)を記載してください。

裏面にも記載する欄がありますので注意してください。

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	
	総合譲渡	その他	ケ	
		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		
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		
	ひとり親、寡婦控除	⑰~⑱		
	勤労学生、障害者控除	⑲~⑳		
	配偶者控除	㉑		
	配偶者特別控除	㉒		
扶養控除	㉓			
基礎控除	㉔			
	⑬から⑳までの計	㉕		
	雑損控除	㉖		
	医療費控除	㉗		
	合計(㉕+㉖+㉗)	㉘		

5 給与・公的年金等にかかる所得以外(令和6年4月1日において65歳未満の方は給与所得以外)の市・県民税の納税方法

<input type="checkbox"/> 給与から差引き(特別徴収)	<input type="checkbox"/> 自分で納付(普通徴収)
--	--------------------------------------

この申告書を提出した方は事業税の申告書を提出する必要がありません。

6 給与所得の内訳 [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	日		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	円
	長期				円	円
一時					円	円
合計						$I + [(D+H) \times 1/2]$

右の二の金額を表面の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

氏名	続柄	生年月日	従事月数	専従者給与(控除)額
1		明・大 昭・平・令		
個人番号				
2		明・大 昭・平・令		
個人番号				
3		明・大 昭・平・令		
個人番号				
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 事業税に関する事項

非課税所得など	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	円
前年中の開廃業	開始・廃止 年 月
<input type="checkbox"/> 他都道府県の事務所等	

12 別居の扶養親族等に関する事項

氏名	続柄	国外居住
1		<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払
2		<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払
3		<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払

↑別居の扶養親族等のうち、国外居住者の場合は「国外居住」に○(丸)を付けて、右欄に記載されている項目に当てはまるものにチェックを入れてください。

14 寄附金に関する事項

区分	寄附金額
都道府県、市区町村分(ふるさと納税)	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)	円
条例指定分	円
都道府県	円
市区町村	円

↑支出した寄附金に応じて、各欄にそれぞれ寄附した金額、寄附先を記入してください。ただし、認定特定非営利活動法人及び仮認定特定非営利活動法人以外の特定非営利活動法人に対する寄附金については、上欄に記入せず、別途「寄附金税額控除申告書(二)」を提出してください。

委任状	私は、右記の者を代理人とし、所得等の申告手続き及び個人番号提供の権限を委任します。			代理人	氏名		続柄		明・大 昭・平・令
	氏名		印		住所	申告者と別居の場合			

◎令和5年中に所得のなかった方等の記入欄

前年中に所得のなかった方等は下記の該当する数字を○で囲み、その内容についてご記入の上、提出してください。
 なお、本申告書を提出していただくことにより**所得証明書、国民健康保険等の基礎資料**となりますので、ご協力ください。

- 下記の人から扶養・仕送り・援助等を受けていた。
 申告者と同じ 別住所()
 氏名 _____ 続柄() _____
- 非課税所得を受給していた。(下記の当てはまる項目に○印)
 障害年金・遺族年金・雇用保険(失業給付)・()
 受給期間 _____ 年 _____ 月より _____ 年間受給額 _____ 円
- 病気療養中 _____ 年 _____ 月より 入院院先 _____
- 学生 _____ 年 _____ 月卒業(予定)
- 預貯金で生活していた。
- その他の理由 _____