

年度分 町民税・県民税申告書

いの町長様		1月1日現在の住所		いの町				当初・変更	
		現住所						<input type="checkbox"/> 同上	
提出年月日 年 月 日		フリガナ		生年月日				性別	
氏名		大・昭平・令		年 月 日				男・女	
個人番号								電話番号	

下記の者を代理人と認め、町民税・県民税申告書に関する権限を委任します。

代理人	氏名	住所
-----	----	----

3 所得から差し引かれる金額に関する事項

13 社会保険料控除	国民健康保険税		15 生命保険料控除	新一般生命保険料		
	後期高齢者医療保険料			旧一般生命保険料		
	介護保険料			新個人年金保険料		
	国民年金			旧個人年金保険料		
	源泉徴収票のとおり			介護医療保険料		
	合計			16 地震保険料控除	地震保険料	
					旧長期損害保険料	
本人該当	17 寡婦 離婚・死別	18 <input type="checkbox"/> ひとり親	19 学校名	20 身体知的精神認定書 級		
21・22 配偶者(特別)控除	氏名	個人番号	障害	身体知的精神認定 級	<input type="checkbox"/> 同一生計配偶者(控除対象配偶者を除く)	
	生年月日	大・昭平・令 年 月 日	住所	所得	円	
23・24 扶養控除・特定親族特別控除	氏名	個人番号	住所	<input type="checkbox"/> 同居		
	続柄	障害	身体知的精神認定 級	特親	所得 円	
	氏名	個人番号	住所	<input type="checkbox"/> 同居		
	続柄	障害	身体知的精神認定 級	特親	所得 円	
	氏名	個人番号	住所	<input type="checkbox"/> 同居		
	続柄	障害	身体知的精神認定 級	特親	所得 円	
特定 45万円	老人 38万円	同居老親 45万円	一般 33万円	16歳未満 0円	合計	
特別障害 30万円	同居特障 53万円	他障害 26万円	合計			
人 万円	人 万円	人 万円	人 万円	人 万円	人 万円	
26 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		保険金等による補てん金額	差引損失額のうち災害関連支出金額		
27 医療費控除	セルフメディケーション税制			計算方法		
	特定一般医薬品購入費	健康増進等取組		① A - C - 12,000 (上限 88,000)		
	A	<input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> がん検診 <input type="checkbox"/> 人間ドック		② B - C - D		
	支払った医療費	保険金等による補てん金額	所得合計金額×5%又は10万円(少額の方)	控除額 (①又は②)		
B	C	D				

1 収入金額等	事業	営業等	ア	
		農業	イ	
	不動産		ウ	
	配当	子	エ	
	給与	与	オ	(内専給)
	雑	公的年金等	キ	
		業務	ク	
		その他	ケ	
	譲渡	短期	コ	
		長期	カ	
2 所得金額	事業	営業等	1	
		農業	2	
	不動産		3	
	配当	子	4	
	給与	与	5	
	雑	公的年金等	7	
		業務	8	
		その他	9	
		合計	10	
		総合譲渡・一時	11	
3 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	
	扶養控除特定親族特別控除	23	24	
	基礎控除	25		430,000
	13~25までの計	26		
雑損控除	27			
医療費控除	28			
合計	29			

★ 所得金額調整控除	氏名	個人番号	
	生年月日	大・昭平・令 年 月 日	障害 身体知的精神認定書 級
	続柄	住所	<input type="checkbox"/> 同居

※収入がなかった方の記入する欄

1. 次の人に扶養されていた					
氏名	続柄	住所			
2. 学生 3. 病気療養中 4. 生活保護 5. 失業中 6. その他(遺族年金、障害年金、預貯金生活)					
受付	コーカス	確シス	確認	郵送	個人番号
				窓口	身分確認
備考					

