

令和 6 年度(令和 5 年中)町民税・県民税(国保税・後期高齢者医療保険料)申告書

岩手町長 殿  
令和 年  
月 日  
提出

1月1日現在の住所	フリガナ	
現住所	氏名	
日中の連絡先	個人番号	
世帯主氏名	世帯主との続柄	生年月日
		大・昭 平・令 年 月 日生

3 所得から差し引かれる金額に関する事項

⑬ 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	差引損失額のうち災害関連支出の金額
	円	円	円
⑭ 医療費控除	<input type="checkbox"/> ←医療費控除の特例(セルフメディケーション税制)を適用される場合は、「 <input checked="" type="checkbox"/> 」		
	支払った医療費	保険金などで補てんされる金額	
⑮ 社会保険料控除	国民健康保険税	国民年金保険料	介護保険料
	円	円	円
	後期高齢者医療保険料	源泉徴収票の社会保険料	その他( )
⑯ 生命保険料控除	新生命保険料の計	新個人年金保険料の計	介護医療保険料の計
	円	円	円
	旧生命保険料の計	旧個人年金保険料の計	
⑰ 地震保険料控除	地震保険料の計	旧長期損害保険料の計	
	円	円	
本人控除	⑱ 寡婦	死別・生死不明 離婚・未帰還	⑳ 障害者
	⑳ ひとり親	<input type="checkbox"/>	㉑ 勤労学生
配偶者(特別)控除	フリガナ	生年月日	同居別居
	氏名	大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/>
合計所得金額	個人番号	同一生計配偶者(控除対象配偶者を除く。)	
	円	⑳ 障害	身体・知的・精神他( ) 級
㉒ 扶養控除(16歳未満の扶養親族も含む)	フリガナ	生年月日	同居別居
	氏名	大・昭・平・令 年 月 日	状況
	個人番号	続柄	
	⑳ 障害	身体・知的・精神・他( ) 級	
	フリガナ	生年月日	同居別居
2	氏名	大・昭・平・令 年 月 日	状況
	個人番号	続柄	
	⑳ 障害	身体・知的・精神・他( ) 級	
	フリガナ	生年月日	同居別居
	3	氏名	大・昭・平・令 年 月 日
個人番号		続柄	
⑳ 障害		身体・知的・精神・他( ) 級	
フリガナ		生年月日	同居別居
4		氏名	大・昭・平・令 年 月 日
	個人番号	続柄	
	⑳ 障害	身体・知的・精神・他( ) 級	
	フリガナ	生年月日	同居別居
	5	氏名	大・昭・平・令 年 月 日
個人番号		続柄	
⑳ 障害		身体・知的・精神・他( ) 級	

1 収入金額等	事業	営業等	ア	
		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		
4 所得から差し引かれる金額	雑損控除	⑬		
	医療費控除	⑭		
	社会保険料控除	⑮		
	小規模企業共済掛金控除	⑯		
	生命保険料控除	⑰		
	地震保険料控除	⑱		
	寡婦・ひとり親控除	⑲～⑳		
	勤労学生・障害者控除	㉑～㉒		
	配偶者控除	㉓		
	配偶者特別控除	㉔		
扶養控除	㉕			
基礎控除	㉖			
	合計	㉗		

5 収入がなかった方・非課税収入のみの方

該当するところに○をつけ、必要事項を記入してください。

- 次の者から扶養または仕送りされていた。

住所	
氏名	続柄
- 遺族年金・障害年金を受給していた。
- 雇用保険を受給していた。(失業給付など)
- 生活保護を受給していた。
- その他(具体的に)

**6 給与所得の内訳**

日給などの給与所得のある方で、源泉徴収票のない方は記入してください。

月	日	給	日数	月 収
1		円		円
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
賞与等				円
合計				円
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 配当割額又は株式等譲渡所得割額の控除に関する事項**

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、下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。

配当割額控除額	円	株式等譲渡所得割額控除額	円
---------	---	--------------	---

**11 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	a 円
	長期					b 円
一時						c 円
合計 a+[(b+c)×1/2]						d 円

aの金額を表面の㉑に、bの金額を表面の㉒に、cの金額を表面の㉓に記入してください。dの金額を表面の㉔の所得金額へ記入してください。

**12 事業専従者に関する事項**

フリガナ	生年月日	続柄	従事月数
1 氏名	大・昭・平・令 年 月 日		
個人番号		専従者給与(控除)額	円
2 氏名	大・昭・平・令 年 月 日		
個人番号		専従者給与(控除)額	円
所得税における青色申告の承認		有・無	専従者給与合計額
			円

**14 事業税に関する事項**

非課税所得など	円
損益通算の特例控除前の不動産所得	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
前年中の開(廃)業	開始・廃止 月 日
<input type="checkbox"/> 他都道府県の事務所等	

**13 別居の扶養親族等に関する事項**

フリガナ	生年月日	続柄
1 氏名	大・昭・平・令 年 月 日	
個人番号		
②障害	身体・知的・精神・他( )	級
住所		
2 氏名	大・昭・平・令 年 月 日	
個人番号		
②障害	身体・知的・精神・他( )	級
住所		
3 氏名	大・昭・平・令 年 月 日	
個人番号		
②障害	身体・知的・精神・他( )	級
住所		

**15 寄附金に関する事項**

支出した寄附金に応じて、各欄にそれぞれ寄付した金額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特例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、下欄に記入せず、別途「寄附金税額控除申請書(二)」を提出してください。

都道府県・市区町村分	円
住所地の共同募金会・日赤支部分	
条例指定分	都道府県 市区町村

**16 給与・公的年金等に係る所得以外の町民税・県民税の納付方法**

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

**17 所得金額調整控除に関する事項**

フリガナ	生年月日	続柄
氏名	大・昭・平・令 年 月 日	
個人番号		
特別障害者に該当する場合	身体・知的・精神・他( )	級
別居の場合の住所		

**申告書が足りない場合は、ご遠慮なく役場税務会計課へお申出下さい。**