

令和 年度分 市民税・県民税（国民健康保険税） 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			業種又は職		
	提出年月日 年 月 日	氏名			電話番号	
	生年月日	大・昭・平・令	世帯主の氏名			世帯主から見た続柄
				個人番号		

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	支払った額	種類	支払った額
	国民健康保険税	円	介護保険料	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		
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 （ <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未帰還）	⑱ ひとり親控除	⑲ 勤労学生控除 （学校名）		
⑳ 障害者控除 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 （ ）級/度	フリガナ			級度
	氏名			
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		
㉓ 扶養控除 ※16歳未満の扶養親族 も含む（控除対象外）	フリガナ	生年月日	明・大・昭・平・令	続柄
	氏名			
	個人番号			控除額 万円
				<input type="checkbox"/> 16歳未満（控除対象外）
フリガナ	氏名	生年月日	明・大・昭・平・令	続柄
	氏名			
	個人番号			控除額 万円
				<input type="checkbox"/> 16歳未満（控除対象外）
フリガナ	氏名	生年月日	明・大・昭・平・令	続柄
	氏名			
	個人番号			控除額 万円
				<input type="checkbox"/> 16歳未満（控除対象外）
フリガナ	氏名	生年月日	明・大・昭・平・令	続柄
	氏名			
	個人番号			控除額 万円
				<input type="checkbox"/> 16歳未満（控除対象外）

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	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			
	寡婦、ひとり親控除	⑰⑱			
	勤労学生控除、障害者控除	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			

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。

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
㉗ 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	
	<input type="checkbox"/> セルフメディケーション税制（医療費控除の特例）		

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 税理士

