

宛名番号

記入不要

台帳番号

記入不要

世帯番号

記入不要

みやま市長 様

令和 年 月 日提出

令和 年度 市民税・県民税・国民健康保険税申告書

提出期限は3月15日です。(郵送可)

- 令和 年中(1月から12月)の収入等について記入してください。
国民健康保険に加入している世帯の方は必ず申告してください。
確定申告をされた場合の提出は任意です。

住所、フリガナ、氏名、個人番号、生年月日、職業、世帯主の氏名、続柄、電話番号

受付印

(単位は円)

事業専従者に関する事項

Table with columns: 氏名, 個人番号, 生年月日, 従事月数・程度, 専従者給与(控除)額

本人及び扶養親族に関する控除等

本人控除(寡婦, 勤労学生, ひとり親, 障害者), 配偶者控除, 扶養親族(16歳以上, 16歳未満)

Main income table with columns: 収入金額等, 所得金額, 所得から差し引かれる金額. Rows include 事業, 不動産, 雑所得, 社会保険料控除, etc.

地方税法附則第4条の4の規定の適用を選択する場合には、「医療費控除」欄の「区分」の□に「1」と記入してください。

所得の内訳

Table with columns: 所得の種類, 種目・所得の生ずる場所又は給与などの支払者の氏名・名称, 収入金額

配当所得・雑所得(公的年金等以外)に関する事項

Table with columns: 所得の種類, 種目・所得の生ずる場所, 収入金額, 必要経費等, 差引金額

別居の扶養等に関する事項

Table with columns: 氏名, 住所

※同一生計配偶者とは、生計を一にする配偶者で合計所得金額が48万円以下である人を行います。

○ 所得から差し引かれる金額に関する事項

雑損控除	損害の原因	損害年月日	損害資産の種類	
	損害金額	補填される金額	災害関連支出の金額	
	円	円	円	
医療費控除	支払った医療費		補填される金額	
	円		円	
社会保険料控除	種類	支払保険料	種類	支払保険料
	国保税	円	介護保険	円
	国民年金	円	後期高齢	円
小規模企業共済等掛金控除	小規模企業共済等掛金の種類		支払掛金	
			円	
生命保険料控除	掛金の種類	旧契約掛金 (H23. 12.31以前)	新契約掛金 (H24. 1. 1以降)	
	一般生命保険料	円	円	
	個人年金保険料	円	円	
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	

○ 寄附金に関する事項

都道府県・市区町村分 (特例控除対象)	円
住所地の共同募金会、日赤支部、都道府県・市区町村分 (特例控除対象外)	円
条例指定分	都道府県
	市区町村

○ 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

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

給与から差引き (特別徴収)

自分で納付 (普通徴収)

○ 事業税に関する事項

非課税所得など	番号	所得金額	円
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	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			

○ 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)	備考
総合譲渡	短期	円	円	円	円	円	
	長期						
一時							
				合計	コ+ ((サ+シ)×1/2)		

○ 分離課税の所得金額に関する事項

種目	所得の生じる場所	A 収入金額	B 必要経費	C 差引金額(A-B)	D 特別控除額	所得金額 (C-D)
短期譲渡	一般所得分	円	円	円	円	円
	軽減所得分					
長期譲渡	一般所得分					
	特定所得分					
	軽減所得分					
株式等	下の当てはまるものを○で囲んでください	一般分				
	事業譲渡・雑	上場分				
先物取引	事業雑					
上場株式等の配当						

特例適用条文 法第 条

○ 所得がない方、市外居住者等の申告欄 (次の該当する欄に○をつけて、必要事項を記入してください)

1. 次の者から扶養されていました。(氏名) (住所)	(続柄)	2. 生活扶助を受けていました。(開始年月日)	3. 次の理由で働きませんでした。 ○病気のため ○仕事が多かった ○その他()
4. 所得にならない収入がありました。 ○雇用保険 ○障害年金 (金額) 円	○傷病手当金 ○福祉年金	5. 他の市区町村で課税されることになっています。(市区町村名) (会社名) (会社所在地)	6. 備考