

## 令和8年度 市民税・県民税申告書

現住所	半田市東洋町2丁目1番地						整理番号	—								
1月1日住所	同上						電話番号	0569-○○-○○○○								
氏名	半田 太郎						生年月日	S	○	○	年	○	月	○	○	日
世帯主氏名				世帯主から みた続柄	本人	代筆者						申告者との 関係				

## 3 所得から差し引かれる金額に関する事項

所得税の確定申告を提出された方は市民税・県民税の申告書を提出する必要はありません。	社会保険料控除	社会保険の種類			支払保険料															
		源泉徴収票より			91600 円															
		国民健康保険税			23400 円															
					円															
生命保険料控除	地震保険料控除	区分		生命保険料の計		個人年金保険料の計		介護医療保険料の計												
		新契約		84,500 円		円		16,800 円												
		旧契約		円		21,900 円		円												
寡婦・ひとり親控除	障がい者控除	地震保険料の計			旧長期損害保険料の計															
		10,625 円			円															
		死別		生死不明		ひとり親控除		勤労学生控除												
		離婚		未帰還		学校名														
配偶者(特別)控除	氏名				障がいの程度															
	半田 太郎				✓ 身 □ 精 □ 療 □ その他( )								3 級							
	2				□ 身 □ 精 □ 療 □ その他( )								級							
	半田 花子				生年月日	H	○	年	○	月	○	日								
扶養控除・特定親族特別控除	16歳未満の扶養親族	氏名				生年月日				続柄										
		個人番号				合計所得				合計所得										
		1				年 月 日				円										
		2				年 月 日				万円										
3				年 月 日				万円												
令和7年中収入がなかった方は、「0」とご記入ください。 (裏面にも記入箇所があります。)																				
1				年 月 日				円												
2				年 月 日				円												
3				年 月 日				円												
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													
	支払った医療費等			保険金などで補てんされる金額																
85,100 円			円			円														

5 給与所得及び公的年金等に係る所得以外(申告年度の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・県民税の徴収方法

<input type="checkbox"/>	給与から天引き	<input type="checkbox"/>	自分で納付
--------------------------	---------	--------------------------	-------

本人確認				市処理欄					
□ 免	□ 個	□ 在	□ その他( )	受付	入力	検算			

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															
	公的年金等	キ	2	5	4	5	1	2	3								
	業務	ク															
	その他	ケ	4	8	0	0	0	0	0								
	短期	コ															
	長期(1/2前)	サ															
	一時(1/2前)	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															
	公的年金等	7	1	4	4	5	1	2	3								
	業務	8															
	その他	9															
	合計(7+8+9)	10	1	4	9	5	1	2	3								
	総合譲渡・一時	11															
4 所得から差し引かれる金額	合計	12	1	4	9	5	1	2	3								
	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															
	障がい者控除・勤労学生	19・20															
	配偶者(特別)控除	21・22															
	扶養控除	23															
	特定親族特別控除	24															
	基礎控除	25															
	⑬から⑯までの計	26	1	2	0	1	1	6	3								
	雑損控除	27															
	医療費控除	28															
	合計(⑬+⑯+⑯)	29	1	2	1	1	5	0	7								

※別居の扶養親族等がいる場合には、裏面「15」に氏名及び住所を記入してください。

※前年中に所得が無かった方は、裏面「17」に記入してください。

※令和6年度課税分より、上場株式等の申告方式を確定申告と分けることはできなくなりました。

受付印

## 6 給与所得の内訳

日給などの給与所得のある人で、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		円
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
賞与等			
合計			
法人番号又は所在地			
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	支払者の「名称」及び「法人番号又は所在地」等	収入金額	必要経費	青色申告特別控除額
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円

## 8 配当所得に関する事項

配当所得の種類	支払者の「名称」及び「法人番号又は所在地」等	支払確定年月	収入金額	必要経費
		年 月	円	円
		年 月	円	円
		年 月	円	円
		年 月	円	円

## 9 雑所得(公的年金等以外)に関する事項

種目	支払者の「名称」及び「法人番号又は所在地」等	収入金額	必要経費
雑	○○生命保険株式会社	480,000 円	430,000 円
		円	円
		円	円

国外株式等に係る外国所得税額

## 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	イ
	長期	円	円	円	ロ
一時	円	円	円	円	ハ
合計	円	円	円	円	二

右上のイの金額を表面の「〇」に、ロの金額を表面の「サ」に、ハの金額を表面の「シ」に記入してください。

右の二の金額を表面の11の所得金額欄へ記入してください。

都道府県、市町村又は特別区に対する寄附金、住所地の都道府県共同募金会又は日本赤十字社の支部に対する

## 11 寄附金控除

寄附金、条例指定分(都道府県、市町村)に対する寄附金の明細を下記に記入してください。

都道府県、市区町村分	円	寄附先の住所・名称
住所地の共同募金会、日赤支部部分	円	
条例指定分	都道府県・市区町村	円

## 12 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

## 14 事業税に関する事項

非課税所得など	番号	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	資産の種類	損失額、被災損失額(白)
前年中の開(廃)業	開始・廃止	月 日
□ 他都道府県の事業所等		

## 16 所得金額調整控除に関する事項

氏名	統柄	生年月日	年	月	日	特別障がい者等に該当する場合	級度	別居の場合の住所
個人番号								

## 17 所得がなかつた方の記入欄

1 右の者から仕送りを受けていた。	(住所)	□ 本人に同じ
2 右の者の扶養親族であった。	(氏名)	自分から 見た統柄
3 障がい年金、遺族年金等を受給していた。	(種類)	□ 障がい年金 □ 遺族年金 □ その他( ) (金額) 万円
4 その他(1月1日から12月31日までの生活状況を記入してください。)		□ 賀金・蓄えで生活をしていた。 □ 失業保険を受けていた。 □ 生活保護を受給していた。 □ その他( )