

6年度 住民税 申告書

岬町長様

この申告書の提出期限は3月15日までです。

台帳番号
整理番号
指定番号

受付印

現住所	フリガナ 氏名		
1月1日現在の住所 岬町	電話	職業	
個人番号	生年月日	明大平	年 月 日

代理申告者	住所 氏名 (本人との関係)
申告者の勤務先	(所在地) 電話 (名称)

※ この申告書を提出された方は事業税の申告書を提出する必要があります。

氏名	続柄	生年月日			区分
		明大平	年	月 日	
配偶者	夫・妻	明大平	年	月 日	同居 別居
扶養親族(16歳以上)		明大平	年	月 日	同居 別居
年少扶養		平令	年	月 日	同居 別居

※別居の場合は裏面も記入

所得の種類	収入金額(円)	所得金額(円)
事業 営業等	001	035
事業 農業	002	036
不動産	004	038
利子	005	039
配当 株式	006	040
配当 その他		二
給与	007	041
雑 公的年金等	008	049
雑 業務	014	071
雑 その他	009	043
雑 合計		042
総合課税の譲渡 短期		イ
総合課税の譲渡 長期		ロ
総合短期		044
総合長期(1/2前)		045
一時		046
一時(1/2前)		048
	イ + ((ロ + 046) × 1/2)	047
合計	035 + 036 + 038 + 039 + 040 + 二 + 041 + 042 + 047	050
専従給与(内)		086

申告種別	4住申
家屋敷事務所	1家屋敷 2事務所
無職無収入	1学生 2家事 3病気 4生活保護 5失業 6遺族年金 7障害年金 8その他 A租税条約非課税

※「年少扶養」については、16歳未満の扶養親族の方の氏名等を記入ください。(控除対象外となりますが、非課税限度額の算定等に申告が必要となります。)

氏 作成税理士
事業所所在地

社会保険料控除	①健康保険料(国保等)	②国民年金保険料	③介護保険料	④源泉徴収票記載分	合計 (A+B+C+D)
小規模企業共済等	支払った第1種共済掛金と心身障害者共済掛金との合計額				109
生命保険料控除	新 生命 保険料		旧 生命 保険料		申告の手引きにより算出した控除額
	114	円	118	円	
生命保険料控除	新 個人 年金 保険料		旧 個人 年金 保険料		117
	115	円	119	円	
介護医療保険料控除	介護医療保険料		113		円
地震保険料控除	支払った金額		地震 保 険	121	円
			旧 長期 損害 保 険	122	円
障害者控除	氏名 (級) 氏名 (級)				135
寡婦・ひとり親控除	本人が寡婦(死別・離婚・生死不明・未婚還)・ひとり親				133
勤労学生控除	本人が勤労学生(学校名)				134
配偶者控除	1一般・2老人・3同一生計配偶者(控除対象配偶者を除く)				128
配特控除	配偶者の合計所得		130	配偶者特別控除	129
扶養控除	特定 人 老人 内 人 その他 人 年少 人				131
基礎控除	144	小計	109+116+117+120+135+133+134+128+129+131+144の計		501
雑損控除	年月日	原因	①損害金額	②保険補填金額	差引額(①-②)
			103	104	申告の手引きにより算出した控除額
医療費控除	1従来の医療費控除		①支払金額	②保険補填金額	差引額(①-②)
	2セルフメディケーション税制		107	108	申告の手引きにより算出した控除額
合計	102+106+501				145

給与以外の所得の徴収方法の選択	1. 普通徴収	2. 特別徴収	課税総所得の金額 050-145
-----------------	---------	---------	------------------

所得金額調整控除に関する事項

フリガナ	続柄	生年月日	明・大・昭 平・令	特別障害者に該当する場合	級	別居の場合の住所
氏名						
個人番号						

色刷りの部分は記入しないでください。

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					円
合計					円
勤務先所在地					
勤務先名					
電話番号					

源泉徴収票をお持ちの方は左端をここに貼ってください。

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

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
			円	円

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
		円	円

国外株式等に係る外国所得税額

総合譲渡・一時所得の所得金額に関する事項

氏名	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				ロ
一時					046
合計 イ + ((ロ + 046) × 1/2)					047

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	

事業専従者に関する事項

氏名	続柄	生年月日	専従者給与(控除)額
1		明大 昭平	円
個人番号			従事月数
2		明大 昭平	
個人番号			従事月数
3		明大 昭平	
個人番号			従事月数
所得税における青色申告の承認の有無		承認あり・承認なし	合計額

収入のない方へ(該当する項目を○で囲んでください)

1	次の者の扶養親族であった。(仕送りを受けていた)
(住所)	(氏名) (続柄)
2	学生であった。
(学校名)	(卒業予定) 年 月
3	失業中であった。
	年 月 日から 年 月 日まで
4	病気療養中であった。
	年 月 日から 年 月 日まで
5	非課税所得を受給していた。
	遺族年金・障害年金・老齢福祉年金・その他()
6	その他
	家事手伝い・生活保護・預貯金で生活していた・その他()

寄附金に関する事項

都道府県、市区町村分	140	円
住所地の共同募金会、日赤支部分	126	
条例指定分	都道府県	139
	市区町村	138

「都道府県、市区町村分」、「住所地の共同募金会、日赤支部分」の各欄には、当該団体へ寄附した金額を記入してください。「条例指定分」の「都道府県」、「市区町村」の各欄には、住所地の都道府県、市区町村の条例で指定された寄附金を支出した場合にそれぞれ記入してください。

別居の扶養親族等に関する事項

氏名	住所	国外居住	配偶者	障がい者	留学
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

事業税	非課税所得など	番号	所得金額	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
	損益通算の特例適用前の不動産所得			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						