

控	現住所		整理番号	
	1月1日現在の住所		業種又は職業	
	フリガナ		電話番号	
	氏名		個人番号	
	生年 月日	明・大 昭・平・令	世帯主 の氏名	続柄

3 所得から差し引かれる金額に関する事項

13	社会保険の種類		支払った保険料		円				
	合計								
15	新生命保険料の計		旧生命保険料の計		円				
	新個人年金保険料の計		旧個人年金保険料の計		円				
16	地震保険料の計		旧長期損害保険料の計		円				
17~19	<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未帰還		<input type="checkbox"/> ひとり親 控除	<input type="checkbox"/> 勤労学生 控除 (学校名)					
20	1	フリガナ	障害の程度	級度					
		氏名							
	2	フリガナ	障害の程度	級度					
		氏名							
21~22	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							
	個人番号								
23	1	フリガナ	生年月日	明・大・昭・平	同居・別居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	続柄		万円
		氏名							
		個人番号							
		控除額							
	2	フリガナ	生年月日	明・大・昭・平	同居・別居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	続柄		
		氏名							
		個人番号							
		控除額							
	3	フリガナ	生年月日	明・大・昭・平	同居・別居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	続柄		
		氏名							
		個人番号							
		控除額							
4	フリガナ	生年月日	明・大・昭・平	同居・別居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	続柄			
	氏名								
	個人番号								
	控除額								
16歳未満の扶養親族 (控除対象外)	1	フリガナ	生年月日	平・令	同居・別居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	続柄		
		氏名							
	2	フリガナ	生年月日	平・令	同居・別居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	続柄		
		氏名							
	3	フリガナ	生年月日	平・令	同居・別居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	続柄		
		氏名							

別居の扶養親族等がある場合には、裏面「12」に氏名、個人番号及び住所を記入してください。

1	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	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	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	
	勤労学生、 障害者控除		⑲～ ⑳	
	配偶者(特別)控除		㉑～ ㉒	
	扶養控除		㉓	
	基礎控除		㉔	430,000
	⑬から㉔までの計		㉕	
雑損控除		㉖		
医療費控除	区分	<input type="checkbox"/>	㉗	
合計(㉕+㉖+㉗)		㉘		

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。

5 給与・公的年金等に係る所得以外(令和6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)

○所得のなかった方は記入してください。(該当番号に○印)

1. 下記の者に扶養(援助)されていた(住所)	3. 雇用保険(失業給付)を受給していた
(氏名)	(続柄)
2. 学生であった(学校名)	4. 遺族年金を受給していた
(学年)	(学年)
	5. 障害年金を受給していた
	6. その他

「個人番号」欄には、個人番号(行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第2条第5項に規定する個人番号をいう。)を記載してください。

26	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	保険金などで補填される金額	差引損失額のうち災害関連支出の金額
27	支払った医療費	保険金などで補填される金額	

