

令和 年度 町民税・県民税
国民健康保険税 申告書
(後期高齢者医療保険料)

※電処理欄

宛 名 番 号						処理日	処理者
						/	

(令和 年 月 日から令和 年 月 日までの所得および控除)

吉備中央町長様 あて 提出年月日 年 月 日	令和 年 1月1日の住所		生年月日	明大昭平 令 年 月 日			
	現 住 所	同上	世 帯 主 の 氏 名		世 帯 主 との続柄		
	フリガナ		電話番号	自宅・勤務先・携帯 () -		業種又は 職 業	
	氏 名		個人番号				

無収入の場合	<input type="checkbox"/> 収入無し	*収入が無かった方は、□にチェックし、裏面の適用欄にも記入してください。 (以下の金額欄は記入不要です)
--------	-------------------------------	---

3 所得から差し引かれる金額に関する事項

⑬ 社会保険料控除	源泉徴収票記載の社会保険料		円	任意継続・国民年金等		円
	介護・国保・後期高齢		円	合 計		円
⑮ 生命保険料控除	新 生命保険料の計		円	旧 生命保険料の計		円
	新 個人年金保険料の計		円	旧 個人年金保険料の計		円
	介護医療保険料の計		円			
⑯ 地震保険料控除	地震保険料の計		円	旧 長期損害保険料の計		円
⑰～⑲ 寡婦・ひとり親・勤労学生控除	⑰ <input type="checkbox"/> 寡婦控除		⑱ <input type="checkbox"/> ひとり親控除		⑲ <input type="checkbox"/> 勤労学生控除	
	<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未帰還		<input type="checkbox"/> ひとり親 父 <input type="checkbox"/> ひとり親 母		学校名	
⑳ 障害者控除	フリガナ		個人番号			
	1 氏名		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	障害の程度	身体・知的 精神・その他	級 度
	フリガナ		個人番号			
	2 氏名		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	障害の程度	身体・知的 精神・その他	級 度
㉑～㉒ 配偶者控除・配偶者特別控除・同一生計配偶者控除	フリガナ		個人番号			
	氏名		明大昭平	・	<input type="checkbox"/> 同一生計配偶者 (控除対象配偶者を除く)	
㉓ 扶養控除	フリガナ		個人番号			
	1 氏名		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	明大昭平	・	続柄
	フリガナ		個人番号			
	2 氏名		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	明大昭平	・	続柄
	フリガナ		個人番号			
	3 氏名		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	明大昭平	・	続柄
	フリガナ		個人番号			
	4 氏名		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	明大昭平	・	続柄
16歳未満の扶養親族	フリガナ		個人番号			
	1 氏名		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	平成令和	・	続柄
	フリガナ		個人番号			
	2 氏名		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	平成令和	・	続柄
	フリガナ		個人番号			
	3 氏名		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	平成令和	・	続柄

◎別居の扶養親族がいる場合には、裏面「12」にも記入してください。			扶養控除額の合計	万円
-----------------------------------	--	--	----------	----

㉔ 雑損控除	損害金額		損害年月日	損害を受けた資産の種類
	自然災害・火災・害虫・盗難・横領		・	
	損害の原因		保険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
㉕ 医療費控除	支払った医療費等	円	保険金などで補てんされる金額	円

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

<input type="checkbox"/> 給与から差し引かれることを希望する	<input type="checkbox"/> 自分で納付することを希望する
--	---

裏面にも記載する欄がありますから注意してください。

1 収入金額等	事業	営業等	ア										円	
		農業	イ											
		不動産	ウ											
		利子	エ											
		配当	オ											
雑	給与	カ												
	公的年金等	キ												
	業務	ク												
	その他	ケ												
総合議渡	短期	コ												
	長期	サ												
	一時	シ												
2 所得金額	事業	営業等	①										円	
		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											
		雑所得計	⑩											
	総合議渡・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											円	
	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												0000	
	勤労学生・障害者控除												0000	
	配偶者控除 配偶者特別控除												0000	
	扶養控除	㉓											0000	
	基礎控除	㉔											0000	
	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5の規定(セルフメディケーション税制)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。

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

Table with 5 columns: 月, 日, 給, 勤務日数, 月収. Includes summary rows for 賞与等, 合計, 法人番号又は所在地, 勤務先名, and 電話番号.

7 事業・不動産所得に関する事項

Table with 5 columns: 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.

8 配当所得に関する事項

Table with 6 columns: 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, 国外株式等に係る外国所得税額.

9 雑所得（公的年金等以外）に関する事項

Table with 4 columns: 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. Includes rows for 業務 and その他.

10 総合課税・一時所得の所得金額に関する事項
以下のコ・サ・シの金額を表面のコ・サ・シの収入金額に、⑪の金額を表面の⑪の所得金額へ記入してください

Table with 7 columns: 区分, 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), 合計 コ＋〔サ＋シ×1/2〕. Includes rows for 総合課税 and 一時.

11 事業専従者に関する事項

Table with 10 columns: 1, フリガナ, 個人番号, 明大昭平令, 続柄, 専従者給与(控除額), 従事月数, 2, フリガナ, 個人番号, 明大昭平令, 続柄, 専従者給与(控除額), 従事月数, 3, フリガナ, 個人番号, 明大昭平令, 続柄, 専従者給与(控除額), 従事月数, 所得税における青色申告の承認の有無, 有・無, 合計額.

13 事業税に関する事項

Table with 2 columns: 非課税所得など, 事業用資産の譲渡損失など. Includes rows for 非課税所得, 事業用資産の譲渡損失, 前年中の開廃業, and 他都道府県の事務所等.

12 別居の扶養親族に関する事項

Table with 7 columns: 1, フリガナ, 個人番号, 住所, 国外居住, 配偶者, 30歳未満又は70歳以上, 留学, 障害者, 38万円以上の支払. Includes rows for 1, 2, 3.

14 寄附金に関する事項

Table with 6 columns: 区分, 寄附金額, 寄附先, 区分, 寄附金額, 寄附先. Includes rows for 都道府県、市区町村分 and 岡山県共同募金会、日赤支部.

15 所得金額調整控除に関する事項

Table with 8 columns: フリガナ, 氏名, 個人番号, 明大昭平令, 続柄, 別居の場合の住所, 特別障害者に該当する場合, 身体・智的精神・その他, 級度.

◎通信欄（申告対象年中に所得のなかった人など、次の事項に該当する人や特記事項がある場合は数字を〇で囲み必要事項を記入してください）

Table with 5 columns: 1, 以下の人から扶養または援助を受けていた氏名（ ）続柄（ ）住所※申告者と別居の場合（ ）, 5, 預貯金等で生活していた, 6, 生活保護による扶助を受けていた, 7, 国外で生活していたため、日本での収入はない, 8, その他（ ）, 3, 病気療養中（入院・退院）, 4, 遺族年金・障害年金・雇用保険・恩給等で生活していた, 税理士記入欄, 署名, 電話番号（ ）－, 税理士法第30条の書面提出有 □.