



提出年月日

整理番号
個人番号

現住所

フリガナ 氏名
電話番号
生年月日(大・昭・平・令) 職業
世帯主氏名 続柄

Table with 3 main sections: ③所得から差し引かれる金額に関する事項 (Social Insurance, Life Insurance, Disaster Relief, etc.), ④所得から差し引かれる金額 (Social Insurance Deductions, etc.), ⑤医療費控除 (Medical Expenses Deduction)

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」に「1」と記入してください。

5 寄附金に関する事項

Table for 5 寄附金に関する事項 (Charitable Contributions) with columns for recipient and amount.

「都道府県、市区町村分(特例控除対象)」、「住所地の共同募金会、日赤支部分・都道府県、市区町村分(特例控除対象以外)」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。

6 給与所得および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・県民税の納付方法
特別徴収 自分で納付(普通徴収)

Main income table with columns for category (e.g., ①収入金額等, ②所得金額), sub-category, and amount.

下記の欄は記入しないでください。

Additional forms including: 本人確認 (本人/配偶者), 所得区分 (1-10), 非課税 (54, 55)

○収入がなかった方(数字を○で囲み、必要事項を記入してください)

※通信欄

この申告書は、国民健康保険所得額申告書および介護保険所得額申告書も兼ねておりますので、所得の多少にかかわらずすべて(各種年金、仕送りなど)記入してください。

1. 下記の人に扶養されていた(仕送りで生活していた人も含む)。 (申告者と同じ) 住所 氏名	あなたとの続柄	4. 学生であった(令和6年1月1日現在)。 学校名 年生
2. 遺族年金、障害年金などを受給 受給年額 円		5. 令和6年1月1日現在は、大垣市以外に住んでいた。 住所
3. 失業していた(月から 月まで)。 雇用保険の受給額 円		6. 病気療養中
		7. その他(生活費の内容を具体的に記入してください)

7 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。)

この申告をした方はこの申告は必要ありません。

月	日	給 円	勤務 日数	月 収 円
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
賞 与 等				円
合 計				円
法人番号又は所在地				
勤務先名				
電話番号				

8 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 円	必要経費 円	青色申告特別控除額 円

9 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 円	必要経費 円
			国外株式等に係る外国所得税額	

10 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 円	必要経費 円

11 総合譲渡・一時所得の所得金額に関する事項

		収入金額 円	必要経費 円	差引金額 (収入金額ー必要経費) 円	特別控除額 円	所得金額 (差引金額ー特別控除額) 円
総合譲渡	短期				イ	
	長期				ロ	
一時					ハ	

右上のイの金額を表面の①に、ロの金額を表面の②に、ハの金額を表面の③に記入してください。

右のニの金額を表面の④の所得金額欄へ記入してください。

ニ 合計 イ+(ロ+ハ)×1/2

12 分離課税所得

分離譲渡	短期 長期 株式等	種目	収入金額 円	必要経費 円
		特別控除額		所得金額 円

13 事業専従者に関する事項

区分	続柄	氏名 個人番号	生年月日	専従者控除額 円
青・白	配偶者		大・昭・平・令	
	その他		大・昭・平・令	

14 別居の扶養親族等に関する事項

氏名	住所	区分

15 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		

16 所得金額調整控除に関する事項

氏名	続柄	生年月日	特別障害者に該当する場合 級度
		大・昭・平・令	