

整理番号
個人番号



提出年月日

現住所

フリガナ 電話番号
氏名

生年月日(大・昭・平・令) 職業

世帯主氏名 続柄

3 所得から差し引かれる金額に関する事項
13 社会保険料控除
15 生命保険料控除
16 地震保険料控除
17-19 寡婦控除、ひとり親控除、勤労学生控除
20 障害者控除
21-22 配偶者控除
23 扶養控除
24 特定親族特別控除
27 雑損控除
28 医療費控除

1 収入金額等
2 所得金額
3 所得から差し引かれる金額
4 所得から差し引かれる金額

本人確認
本人番号 本人身元
配偶者番号 配偶者身元
給報
セルフレディケーション
青色
専従者内訳
専従者控除額
本人該当
配偶者
扶養
障害
年少扶養
特定親族
合計所得金額
所得区分
非課税
非課税所得金額

地方税法別則第1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
都道府県・市区町村分(特例控除対象) 98
住所地の共同募金会、日本支部分・都道府県、市区町村分(特例控除対象以外) 99
条例指定分 岐阜県 100
大垣市 101

○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..... あなたの続柄	4. 学生であった(令和8年1月1日現在)。 学校名.....年生..... 5. 令和8年1月1日現在は、大垣市以外に住んでいた。 住所.....
2. 遺族年金、障害年金などを受給 受給年額.....円	6. 病気療養中
3. 失業していた(.....月から.....月まで)。 雇用保険の受給額.....円	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	勤務日数	月収
1		円		円
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				円
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	必要経費	青色申告特別控除額
		円	円	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	必要経費
		・	円	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	必要経費
		円	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	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	円	円
	長期					円
一時						円
				ニ 合計	$1 + ((\text{ロ} + \text{ハ}) \times 1/2)$	

右上のイの金額を表面の㊦に、ロの金額を表面の㊧に、ハの金額を表面の㊨に記入してください。
右のニの金額を表面の㊩の所得金額欄へ記入してください。

12 分離課税所得

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

13 事業専従者に関する事項

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

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
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		