

現住所：

電話番号：

1/1現在住所（現住所と異なる方のみ）：

氏名：

生年月日：（大・昭・平・令）

年 月 日

個人番号：

令和5年度 住民税申告書

<<収入金額・所得金額等>>

\*は記入しない

所得種類等	種別又は職業	事業所名	収入金額	必要経費	所得金額
			(A)	(B)	(A) - (B)
給与					*
雑	公的年金				*
	業務				
	その他				
営業等					
農業					
漁業					
不動産					
総合譲渡	短期				
	長期				
一時					
配当等や株式譲渡所得等について <input type="checkbox"/> 申告不要制度を選択する <input type="checkbox"/> 総合・分離区分の変更をする					*
※収入がなかった場合（該当に○）	1. 遺族年金・障害年金などの非課税年金を受給 2. 家族の扶養または仕送りなどで生活 【扶養者氏名：】 3. その他の生活状況（生活保護など） 【理由：】				
合 計					*

※令和4年中（令和4年1月～令和4年12月）の収入について記入してください。

また、2ヶ所以上の事業所等より給与や年金等の支払いを受けている方は、合計金額を記入してください。

<<所得控除等>>

\*は記入しない

種 目	支 払 金 額		控除額
<input type="checkbox"/> 医療費控除	支払った医療費	円・補てんされる金額	円
<input type="checkbox"/> セルフメディケーション税制分	スイッチOTC薬購入費	円・補てんされる金額	円
社会保険料控除	社会保険料	円・国民健康保険税	円
	介護保険料	円・後期高齢者医療保険料	円
	国民年金	円	
小規模企業共済等掛金控除	小規模企業共済等掛金		円
生命保険料等控除	新生命保険料	円・旧生命保険料	円
	新個人年金保険料	円・旧個人年金保険料	円
	介護医療保険料	円	
地震保険料等控除	地震保険料	円・旧長期損害保険料	円
ひとり親・寡婦控除			*
勤労学生・障害者控除			*
配偶者控除	※裏面に記載		*
配偶者特別控除			*
扶養控除			*
基礎控除			*
合 計			*

寄付金控除	寄付先の所在地 名称		都道府県、 市区町村分 (特例控除対象)	*	税額控除額 条例指定分	
	寄付金額	円	住所地の共同募金会、 日赤支部、 都道府県、市区町村分 (特例控除対象以外)	*	都道府県	*
					市区町村	*

ひとり親・寡婦 勤労学生控除	<input type="checkbox"/> ひとり親・寡婦控除 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> 未帰還			<input type="checkbox"/> 勤労学生控除 (学校名)		

障害者控除	氏名		障害の程度	身体・精神・療育・他	級
	氏名		障害の程度	身体・精神・療育・他	級
	氏名		障害の程度	身体・精神・療育・他	級

配偶者控除 配偶者特別控除	配偶者の氏名		生年月日	(大・昭・平・令)	年	月	日
			配偶者の合計所得金額		円	<input type="checkbox"/> 同一生計配偶者 (控除対象配偶者を除く)	
個人番号							

扶養控除	氏名	生年月日	続柄	同居 別居	控除額
	個人番号			同居・別居	* 万円
		(大・昭・平・令) 年 月 日		同居・別居	* 万円
	個人番号			同居・別居	* 万円
		(大・昭・平・令) 年 月 日		同居・別居	* 万円
	個人番号			同居・別居	* 万円

16歳未満の 扶養親族 (控除対象外)		(平・令) 年 月 日		同居・別居	※16歳未満の扶養親族は、控除対象外となりますが、障害者控除の適用や住民税均等割非課税判定の際の扶養親族に該当しますので、必ず記入してください。
	個人番号			同居・別居	
	(平・令) 年 月 日		同居・別居		
個人番号			同居・別居		
	(平・令) 年 月 日		同居・別居		
個人番号			同居・別居		

扶養控除額の合計					* 万円
※16歳未満の扶養親族は、控除対象外となりますが、障害者控除の適用や住民税均等割非課税判定の際の扶養親族に該当しますので、必ず記入してください。					
○別居の扶養親族等がいる場合に、氏名住所を記入してください。					
氏名	住所				

○所得金額調整控除の適用対象となる場合に、記入してください。					
氏名		続柄		特別障害者に 該当する場合	級 度
個人番号		生年月日	大・昭 . .		
別居の場合 の住所					