

受付印

現住所 松山市 方書 フリガナ 氏名 個人番号 生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日生 電話 職業・勤務先 屋号

宛名コード 代理申告 続柄 氏名 添付台紙 PC入力 寄附金 専従者

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 障害者控除 20 障害者控除 21-22 配偶者控除 23 扶養控除 16歳未満の扶養親族(控除対象外) 26 雑損控除 27 医療費控除

1 収入金額等 2 所得金額 4 所得から差し引かれる金額

裏面にも記入する欄がありますから注意してください。

5. 給与所得及び年金所得以外の市町村民税・道府県民税の納税方法

給与から差引き(特別徴収) 自分で納付(普通徴収)

「個人番号」欄には、個人番号(行政手続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。

※この下の欄は記入しないでください。

納税方法表: 控配, 国配特, 特定, 老人, 年少, その他, 障害者控除, 専従者, 本障他, 寡婦, ひとり親, 調整, 次申, 国基礎, 480,000, 国生命, 国控除計, 国地震, 公的年金等以外の合計所得金額

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。

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。)

源泉徴収票等は別紙(添付書類台紙)に貼ってください。

月	日	給	勤務日数	月	収
1		円			円
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
賞与等					円
合計					円
勤務先所在地					
勤務先名					
電話番号					

7. 事業・不動産所得に関する事項

所得の種類	所得の生ずる場所	収入金額	必要経費	青色申告特別控除額
		円	円	円

8. 配当所得に関する事項

配当所得の種類	所得の生ずる場所	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

9. 雑所得(公的年金等以外)に関する事項

種目	所得の生ずる場所	収入金額	必要経費	所得金額
		円	円	円

10. 総合譲渡・一時所得の所得金額に関する事項

総合譲渡		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)
短期		円	円	円	円	イ
長期						ロ
一時						ハ
				ニ 合計	イ+[(ロ+ハ)×1/2]	

右上のイの金額を表面のロに、ロの金額を表面のイに、ハの金額を表面のシに記入してください。  
右のニの金額を表面の⑩の所得金額欄へ記入してください。

11. 事業専従者に関する事項

フリガナ	氏名	続柄	生年月日	明・大 昭・平	専従者給与 (控除)額	円
1						
フリガナ	氏名	続柄	生年月日	明・大 昭・平	専従者給与 (控除)額	
2						
フリガナ	氏名	続柄	生年月日	明・大 昭・平	専従者給与 (控除)額	
3						
所得税における青色申告の承認の有無						承認あり・承認なし
合計額						

13. 配当割額又は株式等譲渡所得割額の控除に関する事項

特定配当等に係る所得金額、特定株式等譲渡所得金額を総所得金額に含め、配当割額又は株式等譲渡所得割額の控除を受けようとする場合は、下の各欄に配当割額及び株式等譲渡所得割額を書き入れてください。

配当割額控除額	円
株式等譲渡所得割額控除額	

12. 別居の扶養親族等に関する事項

フリガナ	氏名	個人番号	住所
1			
フリガナ	氏名	個人番号	住所
2			
フリガナ	氏名	個人番号	住所
3			

14. 寄附金に関する事項

寄附金 税額控除	都道府県・市区町村分 (特例控除対象)	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)	愛媛県条例指定団体	松山市条例指定団体
	円	円	円	円

15. 所得金額調整控除に関する事項

フリガナ	氏名	続柄	生年月日	明・大・昭 平・令	特別障害者に 該当する場合	程度	別居の場合 の住所

16. 前年中に所得のなかった人に関する事項

下記の該当番号を○で囲み必要事項を記入してください。	
1	無職無収入・失業中であった。 今までの貯え及び_____で生計
2	学生であった。_____学部_____年在学中
3	病気療養中であった。 _____月から_____月まで_____病院に通院・入院
4	遺族年金・障害年金・児童扶養手当を受給していた。
5	下記の人から扶養又は仕送り等の援助を受けていた。 住所_____ 続柄_____ 氏名_____ ( )
6	その他 _____

17. 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
	年開廃業	開始・廃止	
		月 日	
<input type="checkbox"/> 他都道府県の事務所等			

18. 家屋敷などに関する事項

物件の所在地	種	事務所・事業所・家屋敷
	類	
家屋敷の利用状況について		
前年中の合計所得金額		円
扶養親族		人

あなたが、該当するときに○をつけてください。  
障害者・寡婦・ひとり親・未成年

分離課税に係る所得等のある方は、「市民税・県民税申告書(分離課税用)」をあわせて提出してください。