

令和7年度 市民税・県民税申告書(国民健康保険税・後期高齢者医療保険料兼用)

給与収入の方  
(記入要領)

大村市長 殿

|             |                                                  |         |  |
|-------------|--------------------------------------------------|---------|--|
| フリガナ        | 明・大・昭・平・令                                        | 個人番号    |  |
| 氏名          | 生年月日                                             |         |  |
| 現住所         | 氏名、生年月日、個人番号、現住所、電話番号、勤務先、令和7年1月1日時点の住所をご記入ください。 |         |  |
| 令和7年1月1日の住所 | 勤務先                                              | 勤務先電話番号 |  |

| 1 所得金額      |             |      |            | ※大村市記入欄 |                                 |
|-------------|-------------|------|------------|---------|---------------------------------|
| 所得区分        | 収入金額        | 必要経費 | 専従者控除額     | 所得金額    |                                 |
| 営業等         |             |      |            | ①       | <input type="checkbox"/> 収支あり   |
| 農業          |             |      |            | ②       | <input type="checkbox"/> 収支あり   |
| 不動産         |             |      |            | ③       | <input type="checkbox"/> 収支あり   |
| 利子          |             |      |            | ④       |                                 |
| 配当          | 配当割有        |      |            | ⑤       |                                 |
|             | その他         |      |            | ⑥       |                                 |
| 給与(うち専従者給与) | ( )         |      |            | ⑦       | <input type="checkbox"/> 源泉票返却済 |
| 雑           | 公的年金等       |      | 源泉税額       | ⑧       | <input type="checkbox"/> 源泉票返却済 |
|             | 業務          |      |            | ⑨       |                                 |
|             | その他         |      |            | ⑩       |                                 |
| 総合譲渡        |             |      | 短期⑪<br>長期⑫ |         |                                 |
| 一時          |             |      |            | ⑬       |                                 |
| 分離課税        |             |      |            |         |                                 |
| 非課税         | 遺族年金<br>その他 |      |            | ⑭       | 非課税収入額                          |

| 2 本人の控除 |      |    |      |     |      |     |
|---------|------|----|------|-----|------|-----|
| 障害者     | 身体   | 級  | 療育   | 級   | 精神   | 級   |
| 寡婦      | (死別) | 離別 | 生死不明 | 未帰還 | ひとり親 |     |
|         |      |    |      |     | 勤労学生 | 学校名 |

| 3 所得から差し引かれる金額 ※大村市記入欄 |       |                                |            | 4 雑損控除                               |                                 |  |
|------------------------|-------|--------------------------------|------------|--------------------------------------|---------------------------------|--|
| 区 分                    | 控 除 額 | 損害の原因                          | 損害年月日      | 損害を受けた資産の種類                          |                                 |  |
| 雑損                     | 円     |                                |            |                                      |                                 |  |
| 医療費                    | 円     | (A)損害金額                        | (B)補填される金額 | (C)差引(A)-(B)                         |                                 |  |
| 社会保険料                  | 円     |                                |            |                                      |                                 |  |
| 小規模企業共済等掛金             | 円     |                                |            |                                      |                                 |  |
| 生命保険料                  | 円     | (C)=(所得の合計の10分の1)と(C)のうち災害関係金額 |            |                                      |                                 |  |
| 支払額                    |       |                                |            | <input type="checkbox"/> セルフメディケーション | <input type="checkbox"/> 領収書返却済 |  |
| (新生命保険料支払額)            |       |                                |            | 補填される金額                              | (C)差引(A)-(B)                    |  |
| (旧生命保険料支払額)            |       |                                |            | 円                                    | 円                               |  |
| (新個人年金保険料支払額)          |       |                                |            | %のいずれか少                              | 円                               |  |
| (旧個人年金保険料支払額)          |       |                                |            |                                      |                                 |  |
| (介護医療保険料支払額)           |       |                                |            |                                      |                                 |  |
| 地震保険料                  |       |                                |            |                                      |                                 |  |
| (旧長期損害保険料支払額)          |       |                                |            |                                      |                                 |  |
| 配偶者特別控除                |       |                                |            |                                      |                                 |  |
| (配偶者の所得額)              |       |                                |            |                                      |                                 |  |
| 寄附金額                   |       |                                |            |                                      |                                 |  |
| 寄附先                    | 自治体   | 義援金                            | 日赤・募金会     | 条例指定                                 |                                 |  |

※上記の控除を受ける場合は証明書等を添付してください。

「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。)を記入してください。

※大村市記入欄

|    |        |        |      |     |      |       |      |      |
|----|--------|--------|------|-----|------|-------|------|------|
| 本人 | 寡婦(死別) | 寡婦(離別) | ひとり親 | 未成年 | 勤労学生 | 普通障害  | 特別障害 | 生保   |
| 扶養 | 控配     | 一般     | 特定   | 老人  | 同    | 16歳未満 | 普通障害 | 特別障害 |
| 受付 |        |        |      |     |      |       |      |      |

7 給与・公的年金等に係る所得以外(4月1日において65歳未満の方は給与所得以外)の市民税・県民税の納税方法

☐ 給与から差引(特別徴収) ☐ 自分で納付(普通徴収)

8 収入のなかった方は、この欄に記入してください。

ア 下記の者に扶養されていた。又は援助を受けていた。

|    |    |
|----|----|
| 住所 |    |
| 氏名 | 続柄 |

イ 生活保護による生活扶助を受けていた。

ウ 預貯金等で生活していた。

エ その他(上記に該当しない方は、昨年の生活状況を記入してください。)

9 配偶者控除・配偶者特別控除

|                                                                                                                                                                                                                    |                     |  |                     |            |           |                    |          |   |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--|---------------------|------------|-----------|--------------------|----------|---|------|
| 配偶者                                                                                                                                                                                                                | フリガナ                |  | 生年月日                | 明・大<br>昭・平 | 障害の<br>程度 | 身体・療育<br>精神・他<br>級 | 個人<br>番号 |   |      |
|                                                                                                                                                                                                                    | 氏名                  |  |                     |            |           |                    |          |   |      |
|                                                                                                                                                                                                                    | ※別居の場合、住所を記載してください⇒ |  |                     |            |           |                    | 給与収入     | 円 | 年金収入 |
| 1 0 扶養控除                                                                                                                                                                                                           |                     |  |                     |            |           |                    |          |   |      |
| 1                                                                                                                                                                                                                  | フリガナ                |  | 生年月日                | 明・大<br>昭・平 | 障害の<br>程度 | 身体・療育<br>精神・他<br>級 | 個人<br>番号 |   |      |
|                                                                                                                                                                                                                    | 氏名                  |  |                     |            |           |                    |          |   |      |
|                                                                                                                                                                                                                    | 続柄                  |  | ※別居の場合、住所を記載してください⇒ |            |           |                    |          |   |      |
| 2                                                                                                                                                                                                                  | フリガナ                |  | 生年月日                | 明・大<br>昭・平 | 障害の<br>程度 | 身体・療育<br>精神・他<br>級 | 個人<br>番号 |   |      |
|                                                                                                                                                                                                                    | 氏名                  |  |                     |            |           |                    |          |   |      |
|                                                                                                                                                                                                                    | 続柄                  |  | ※別居の場合、住所を記載してください⇒ |            |           |                    |          |   |      |
| 3                                                                                                                                                                                                                  | フリガナ                |  | 生年月日                | 明・大<br>昭・平 | 障害の<br>程度 | 身体・療育<br>精神・他<br>級 | 個人<br>番号 |   |      |
|                                                                                                                                                                                                                    | 氏名                  |  |                     |            |           |                    |          |   |      |
|                                                                                                                                                                                                                    | 続柄                  |  | ※別居の場合、住所を記載してください⇒ |            |           |                    |          |   |      |
| 4                                                                                                                                                                                                                  | フリガナ                |  | 生年月日                | 明・大<br>昭・平 | 障害の<br>程度 | 身体・療育<br>精神・他<br>級 | 個人<br>番号 |   |      |
|                                                                                                                                                                                                                    | 氏名                  |  |                     |            |           |                    |          |   |      |
|                                                                                                                                                                                                                    | 続柄                  |  | ※別居の場合、住所を記載してください⇒ |            |           |                    |          |   |      |
| <div> <p>【親族を扶養している方】<br/>該当欄に氏名、生年月日、個人番号などを記入してください。<br/>※別居の親族を扶養している場合は、住所を記入してください。</p> <p>・配偶者を扶養している場合 ⇒ 9へ<br/>・16歳以上の親族を扶養している場合 ⇒ 10へ<br/>・16歳未満の親族を扶養している場合 ⇒ 11へ<br/>※年齢は令和6年12月31日時点の年齢です。</p> </div> |                     |  |                     |            |           |                    |          |   |      |
| 1 1 16歳未満の扶養親族                                                                                                                                                                                                     |                     |  |                     |            |           |                    |          |   |      |
| 1                                                                                                                                                                                                                  | フリガナ                |  | 生年月日                | 平・令<br>昭・平 | 障害の<br>程度 | 身体・療育<br>精神・他<br>級 | 個人<br>番号 |   |      |
|                                                                                                                                                                                                                    | 氏名                  |  |                     |            |           |                    |          |   |      |
|                                                                                                                                                                                                                    | 続柄                  |  | ※別居の場合、住所を記載してください⇒ |            |           |                    |          |   |      |
| 2                                                                                                                                                                                                                  | フリガナ                |  | 生年月日                | 平・令<br>昭・平 | 障害の<br>程度 | 身体・療育<br>精神・他<br>級 | 個人<br>番号 |   |      |
|                                                                                                                                                                                                                    | 氏名                  |  |                     |            |           |                    |          |   |      |
|                                                                                                                                                                                                                    | 続柄                  |  | ※別居の場合、住所を記載してください⇒ |            |           |                    |          |   |      |
| 3                                                                                                                                                                                                                  | フリガナ                |  | 生年月日                | 平・令<br>昭・平 | 障害の<br>程度 | 身体・療育<br>精神・他<br>級 | 個人<br>番号 |   |      |
|                                                                                                                                                                                                                    | 氏名                  |  |                     |            |           |                    |          |   |      |
|                                                                                                                                                                                                                    | 続柄                  |  | ※別居の場合、住所を記載してください⇒ |            |           |                    |          |   |      |

1 2 事業専従者に関する事項

| 事業専従者 | 氏名 | 続柄 | 生年月日      | 専従者控除額 | 氏名 | 続柄 | 生年月日      | 専従者控除額 |
|-------|----|----|-----------|--------|----|----|-----------|--------|
|       |    |    | 明・大・昭・平・令 |        |    |    | 明・大・昭・平・令 |        |

1 3 給与収入証明欄

| 月     | 日給 | 勤務日数 | 月 収 | 会 社 名 |
|-------|----|------|-----|-------|
| 1     | 円  | 日    | 円   |       |
| 2     |    |      |     |       |
| 3     |    |      |     |       |
| 4     |    |      |     |       |
| 5     |    |      |     |       |
| 6     |    |      |     |       |
| 7     |    |      |     |       |
| 8     |    |      |     |       |
| 9     |    |      |     |       |
| 10    |    |      |     |       |
| 11    |    |      |     |       |
| 12    |    |      |     |       |
| 賞 与 等 |    |      |     |       |
| 合 計   |    |      |     |       |
| 支払者   |    |      |     | 電話    |

【源泉徴収票がない方の記入欄】  
月収、賞与等の金額を記入し、合計欄に集計してください。  
※収入金額について、勤務先からの証明が必要です。

1 4 不動産所得収支明細

| 収入金額 | 科 目           | 金 額 |
|------|---------------|-----|
|      | 家 賃 収 入       | 円   |
|      | 地 代 収 入       |     |
|      |               |     |
|      |               |     |
|      |               |     |
|      | ① 計           |     |
| 経 費  | 租 税 公 課       |     |
|      | 損 害 保 険 料     |     |
|      | 修 繕 費         |     |
|      | 借 入 金 利 子     |     |
|      | 減 価 償 却 費     |     |
|      |               |     |
|      | ② 計           |     |
|      | ③ 専 従 者 控 除 額 |     |
|      | 所得金額(①-②-③)   |     |