

令和8年度 市民税・県民税申告書

申告期限は3月16日です。

射水市長 あて 年 月 日 提出	現住所			整理番号		
	1月1日現在の住所	同上	射水市	業種又は職業		
	フリガナ			電話番号		
	氏名			生年月日	世帯主の氏名	続柄
個人番号			行政区	世帯コード	宛名コード	

※「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。

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	社会保険の種類		支払った保険料		円
	国保・後期高齢・健保				
	建設保険・介護保険				
国民年金・他()					
合計					
15 生命保険料控除	新生命保険料の計		旧生命保険料の計		円
	新個人年金保険料の計		旧個人年金保険料の計		円
	介護医療保険料の計				円
16 地震保険料控除	地震保険料の計		旧長期損害保険料の計		円
17~19 寡婦、ひとり親控除、勤労学生控除	17 <input type="checkbox"/> 寡婦控除 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未帰還	18 <input type="checkbox"/> ひとり親控除	19 <input type="checkbox"/> 勤労学生控除 (学校名)		
20 障害者控除	氏名	障害の程度	身・精・療	級度	
	氏名	障害の程度	身・精・療	級度	
21~22 配偶者控除 配偶者特別控除・同一生計配偶者	配偶者の氏名	生年月日	大昭・平	円	
	個人番号	配偶者の合計所得金額	<input type="checkbox"/> 同一生計配偶者(控除対象配偶者を除く。)		
23~24 扶養控除・特定親族特別控除	氏名	生年月日	同居/別居の区分	特親	続柄
	個人番号	大昭・平	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		控除額 万円
	個人番号	大昭・平	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		控除額 万円
	個人番号	大昭・平	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		控除額 万円
	個人番号	大昭・平	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		控除額 万円
16歳未満の扶養親族 (控除対象外)	個人番号	平・令	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	個人番号	平・令	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	個人番号	平・令	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	個人番号	平・令	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		

当該親族が特定親族である場合は「特親」欄に○を、別居の扶養親族等がある場合は、裏面「12」に氏名及び住所を記入してください。

扶養控除額の合計

27 雑損控除	損害の原因	損害年月日	損害を受けた資産の種類
	損害金額	保険金などで補てんされる金額	差引損失額のうち災害関連支出の金額
28 医療費控除	支払った医療費等	円	保険金などで補てんされる金額
	<input type="checkbox"/> セルフメディケーション税制		円

1 収入金額等	事業	営業等	ア	円
		農業	イ	
	不動産	ウ		
	利子	エ		
	配当	オ		
	給与	カ		
雑	公的年金等	キ		
	業務	ク		
	その他	ケ		
	短期	コ		
総合譲渡	長期	サ		
	一時	シ		
2 所得金額	事業	営業等	①	
		農業	②	
	不動産	③		
	利子	④		
	配当	⑤		
	給与	⑥		
	雑	公的年金等	⑦	
		業務	⑧	
		その他	⑨	
		合計	⑩	
	総合譲渡・一時			⑪
	合計			⑫
4 所得から差し引かれる金額	社会保険料控除	⑬		
	小規模企業共済等掛金控除	⑭		
	生命保険料控除	⑮		
	地震保険料控除	⑯		
	寡婦、ひとり親控除	⑰~⑱		
	勤労学生、障害者控除	⑲~⑳		
	配偶者(特別)控除	㉑~㉒		
	扶養控除	㉓		
	特定親族特別控除	㉔		
	基礎控除	㉕		
⑬から㉕までの計			㉖	
雑損控除	㉗			
医療費控除	㉘			
合計			㉙	

セルフメディケーション税制を選択される場合には「医療費控除(㉘)」欄の「㉘」を丸で囲ってください。

5 給与・公的年金に係る所得以外(令和8年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

給与から差し引き(特別徴収) 自分で納付(普通徴収)

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。

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			
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
		.		
		.		
		.		

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
		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	短期	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)
		円	円	円	円	円
	長期					
	一時					
ニ 合計						$イ + [(ロ + ハ) \times 1 / 2]$

右上のイの金額を表面のロに、口の金額を表面のシに記入してください。
右の二の金額を表面のハ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

氏名	続柄	生年月日	従事月数	専従者給与(控除)額
		大昭平		円
個人番号				
		大昭平		
個人番号				
合計額				
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

13 寄附金に関する事項

都道府県・市区町村分 (特別控除対象(ふるさと納税など))	所得金額
	円
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)	
条例指定分	
都道府県	
市区町村	

支出した金額に応じて各欄にそれぞれ寄付した金額を記入してください。
認定特定非営利活動法人及び特例認定特定非営利活動法人以外の特定非営利活動法人に対する寄附金については、上欄に記入せず、別途「寄附金税額控除申告書(二)」を提出してください。

12 別居の扶養親族等に関する事項

扶養親族が国外居住者の場合、年齢が30-69歳までであれば、適用条件のいずれかに該当する必要があります。

氏名	住所
国外居住者の適用条件	<input type="checkbox"/> 留学による非居住者 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 申告者より前年38万円以上支払いを受けている
氏名	住所
国外居住者の適用条件	<input type="checkbox"/> 留学による非居住者 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 申告者より前年38万円以上支払いを受けている

15 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
		大昭平令	身・精・療 級度
個人番号			別居の場合の住所

◎令和7年中に所得のなかった方等の記入欄

前年中に所得のなかった方等は下記の該当する数字を○で囲み、その内容についてご記入の上、提出してください。なお、本申告書を提出していただくことにより所得証明書の発行、国民健康保険の基礎資料となりますのでご協力ください。

1、下記の者から扶養・仕送りを受けていた。	3、障害年金、遺族年金等を受給している。
住所	受給先
氏名	年間受給額
2、病気療養中	4、その他の理由
(入通院先)	
年 月 日より	

(この「申告書」は現行法で作成されており、地方税法が改正されたときは、それによります。)