

令和7年度 市民税・県民税申告書(郵送用)

こちらの申告書を提出した場合は、令和7年度市民税・県民税申告書を提出されたものとみなします。
 こちらの申告書に記載されていない所得や控除を申告する場合は、申告会場にお越しいただくか、税務課にご相談ください。
 ※印の欄には記載しないでください。

※受付者	※データ入力	※宛番
0申告	2号該当	控除追加

提出期限は3月17日です。

「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。

所得のなかった方はここだけ記載してください。

個人番号			
現住所			
1月1日 現在の住所			
フリガナ 氏 名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
携帯電話番号		施設電話番号	

所得の なかった方 記載欄 (こちらを記載 した場合は原則 他項目は記載 不要です。)	当てはまる項目に○を記載してください。			
	1. 扶養（援助）を受けていた 援助者氏名 別居の場合の住所		2. 非課税年金で生活 (遺族・障害年金など)	
			3. 雇用保険（失業保険）で生活	
			4. 生活保護	
	5. 貯金により生活		6. その他 ()	

所得	給与	支払者		収入金額	円
	公的年金等	厚生労働省年金局支払分		収入金額	円
		企業年金連合会・その他()		収入金額	円
	工賃	支払者		収入金額	円
	↑の収入金額に対する所得金額は職員が計算しますので、収入金額を正確に記載してください。				
	報酬等	支払者		収入 円	必要経費 円
	個人年金等	支払者		収入 円	必要経費 円

証明書の添付がない場合は控除の適用ができません。

所得 控 除	生命 保険 料	新 制 度				
		一般生命 証明額計	新 円	介護医療分 証明額計	新 円	個人年金 証明額計
	地震 保険料	旧 制 度				
		一般生命 証明額計	旧 円			個人年金 証明額計
	地震 保険料	地震保険料 証明額計	円	旧長期損害 証明額計		円
	↑の証明額に関する控除金額は職員が計算しますので、証明額・区分を正確に記載してください。					
	社会 保険料	給与記載分	円	年金記載分	円	
国民健康保険 (給与・年金記載以外)		円	後期高齢者医療保険 (給与・年金記載以外)	円		
介護保険 (給与・年金記載以外)		円	国民年金・社会保険 (給与記載以外)	円		

申告代理人		続柄	
-------	--	----	--

本人該当	その他障害	身体障害（１級・２級・３級・４級・５級・６級）		
	特別障害	精神障害（１級・２級・３級） 障害者控除対象者認定書等		
	寡婦ひとり親	（死別・離別・生死不明・未婚）	勤労学生	学校名

	氏名	個人番号	続柄	生年月日	同居・別居	障害等級
配偶者					同居・別居	
					同居・別居	
扶養親族					同居・別居	
					同居・別居	
					同居・別居	

他者の扶養親族等になっている人を扶養には取れませんのでご注意ください。

別居扶養等	氏名	住所

別居の親族がいる場合に記載

医療費控除

家屋敷課税該当者	☐
（該当の場合別居扶養等欄に市内の親族を記載してください。）	

1 医療費通知に関する事項

医療費通知に関する事項を添付する場合、右記の(1)～(3)を記入します。

(1) 医療費通知に記載された医療費の額	(2)(1)のうちその年中に実際に支払った医療費の額	(3)(2)のうち生命保険や社会保険などで補填される金額

2 医療費(上記1以外)の明細

(1)医療を受けた方の氏名	(2)病院・薬局などの支払先の名称	(3)医療費の区分	(4)支払った医療費の額	(5)(4)のうち生命保険や健康保険などで補填される金額
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医療品購入費 ☐ その他の医療費		あり・なし
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医療品購入費 ☐ その他の医療費		あり・なし
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医療品購入費 ☐ その他の医療費		あり・なし
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医療品購入費 ☐ その他の医療費		あり・なし
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医療品購入費 ☐ その他の医療費		あり・なし
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医療品購入費 ☐ その他の医療費		あり・なし
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医療品購入費 ☐ その他の医療費		あり・なし
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医療品購入費 ☐ その他の医療費		あり・なし
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医療品購入費 ☐ その他の医療費		あり・なし
2の合計				

健康保険による補填額 （予定額含む）		生命保険による補填額 （予定額含む）	
-----------------------	--	-----------------------	--

ありの場合記入