

記入例（収入があった場合）

令和〇年度分 町民税・県民税

御代田町長 様

令和〇年 1月 1日から 12月 31日までの収入等の状況について、以下のとおり申告します。

赤枠内は必ずご記入ください。

氏名	御代田 太郎	生年月日	昭和 30 年 7 月 8 日
住所	御代田町大字草越 1234 番地 56		
電話番号	090-1234-5678	個人番号	1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6

収入の種別ごとに収入金額等を記入してください。また、源泉徴収票や収支内訳書など収入を証明する書類を添付してください。

各種控除を受ける場合に、ご記入ください。また控除証明書などの支払った額のわかる書類を添付してください。

1 学生	無職・休職	4
------	-------	---

② 収入があった場合

収 入	
項 目	収入金額等
非課税の年金(該当に〇)	円
遺族・障害・傷病者・その他()	

公的年金(該当に〇)	876.543 円
国民 厚生・共済・恩給・その他()	

給与収入(源泉徴収票のある場合は添付のこと)	
支払者	株式会社 みよたまち
金額	543.210 円

その他の収入(営業、農業、不動産、個人年金等)	
収入の内容	個人年金
収入金額	500.000 円
必要経費	450.000 円

所得から差し引く項目(実際に支払った額)	
項 目	金 額 等
社会保険料	67.800 円
生 命 保 険 料 等	旧生命保険 円
	新生命保険 2.500 円
	介護医療保険 円
	旧個人年金 円
	新個人年金 円
地震保険料	円
旧長期損害保険料	円
医療費	円
うち補てんされた額	円

③は、あなたが扶養している親族がいる場合に記入するものです。ただし、既に別の方の扶養になっている方をあなたの扶養にすることはできません。

③ 扶養親族(あなたが扶養している方)

1	氏名	御代田 花子	続柄	妻	生年月日	昭和 32 年 1 月 1 日	個人番号	9 9 9 9 7 7 7 7 5 5 5 5	障がい	(種類) 級
	住所(別居の場合のみ)									
							個人番号		障がい	(種類) 級

④は、あなたの状況(障がい、ひとり親・寡婦)に該当する場合、記入してください。

④ 申告する本人の状況(令和〇年 12月 31日現在の状況)

障がい (種類) 身体 (程度) 2 級	ひとり親(以下をすべて満たす場合に〇)	寡婦(以下をすべて満たす場合に〇)
	<input type="checkbox"/> 所得 500 万円以下 <input type="checkbox"/> 現に婚姻していない <input type="checkbox"/> ③で子(所得 48 万円以下)の扶養あり	<input type="checkbox"/> 所得 500 万円以下 <input type="checkbox"/> ア 夫と死別し婚姻していない又は夫が生 死不明 イ 夫と離別し婚姻しておらず、 ③で子以外の親族扶養あり のいずれか

記入例（収入がない場合）

令和○年度分 町民税・県民税

御代田町長 様

令和○年 1月 1日から 12月 31日までの収入等の状況について、以下のとおり申告します。

赤枠内は必ずご記入ください。

氏名	御代田 次郎	生年月日	昭和 56年 7月 8日
住所	御代田町大字草越 1234 番地 56		
電話番号	090-1234-5678	個人番号	1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6
どなたかに扶養されていた場合	扶養者氏名	御代田 百合 (続柄 母)	
	扶養者住所(別居の場合)	長野県佐久市岩村田 1 番地	

① 収入がなかった場合（該当する番号に○）

1 学生	2 専業主婦(夫)	3 無職・休職	4 その他
------	-----------	---------	-------

② 収入があった場合

無収入であった理由に、当てはまるものを選択してください。

令和5年12月31日時点で、どなたかの税扶養になっていた場合は、こちらの欄もご記入ください。

非課税	円
遺族・障害・傷病者・その他()	

社会保険料	円	
生命保険料等	旧生命保険	円
	新生命保険	円
	介護医療保険	円
	旧個人年金	円
新個人年金	円	
地震保険料	円	
旧長期損害保険料	円	
医療費	円	
うち補てんされたもの	円	
寄附金	円	
寄附先の名称		
その他()	円	

公的年金(該当に○)	円
国民・厚生・共済・恩給・その他()	

給与収入(源泉徴収票のある場合は添付のこと)	
支払者	
金額	円

その他の収入(営業、農業、不動産、個人年金等)	
収入の内容	
収入金額	円
必要経費	円

※ 支払額のわかる書類を添付のこと

③ 扶養親族（あなたが扶養している方）

1	氏名	続柄	生年月日	個人番号	障がい
			年 月 日		(種類) (程度) 級
	住所(別居の場合のみ)				
2	氏名	続柄	生年月日	個人番号	障がい
			年 月 日		(種類) (程度) 級
	住所(別居の場合のみ)				

④ 申告する本人の状況（令和○年12月31日現在の状況）

障がい (種類) (程度) 級	ひとり親(以下をすべて満たす場合に○)	寡婦(以下をすべて満たす場合に○)
	<input type="checkbox"/> 所得500万円以下 <input type="checkbox"/> 現に婚姻していない <input type="checkbox"/> ③で子(所得48万円以下)の扶養あり	<input type="checkbox"/> 所得500万円以下 <input type="checkbox"/> ア 夫と死別し婚姻していない又は夫が生 死不明 イ 夫と離別し婚姻しておらず、 ③で子以外の親族扶養あり のいずれか