

市川市長

# 令和6年度 市民税・県民税申告書

来所者(本人以外が来所の場合) 本人との関係性



## 受付者

年 月 日

|             |                |                  |                             |    |    |    |   |   |   |
|-------------|----------------|------------------|-----------------------------|----|----|----|---|---|---|
| 1月1日<br>の住所 | 市川市            | 個人番号<br>(マイナンバー) | ・                           | ・  | ・  | ・  | ・ | ・ | ・ |
| 現住所         | (同上)・(別)(<br>) | 電話番号             |                             |    |    |    |   |   |   |
| 氏名カナ        |                | 生年月日             | 大正                          | 昭和 | 平成 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 氏名          |                | 職員記入欄            | 【来所状況】本人・代理・使者<br>【番号確認】済・未 |    |    |    |   |   |   |

## 1 所得金額

令和5年中に  → 下の欄に該当する収入や控除等の記入(裏面もあります)

課税される収入がない → 2欄(寡婦・ひとり親控除と障害者控除のみ)・3欄と裏面の5欄の記入

| 給与・年金            | 収入金額 | 給与・年金以外の所得の種類                   | 収入金額 | 必要経費等 |
|------------------|------|---------------------------------|------|-------|
| 給与収入             | 円    | 営業等・農業・不動産・配当<br>雑(業務)・雑(他)・( ) | 円    | 円     |
| 公的年金等            | 円    | 営業等・農業・不動産・配当<br>雑(業務)・雑(他)・( ) | 円    | 円     |
| ※障害年金・遺族年金は裏面に記入 |      |                                 |      |       |

## 2 所得から差し引かれる金額に関する事項

| 種別           | 損害の原因   |  | 損害年月日      |          | 損害金額(ア)      |         | 補填される金額(イ)                                    |         | 差引損失金額(ア)-(イ) |  |  |  |
|--------------|---|--|------------|----------|--------------|---------|---|---------|---------------|--|--|--|
|              |   |  | 年月日        |          | 円            |         | 円   |         | 円             |  |  |  |
| 医療費控除        | 支払った医療費(ウ)  |  | 補填される金額(エ) |          | 差引負担額(ウ)-(エ) |         | セルフメディケーション税制による特例の<br>医療費控除(上限88,000円)の適用を希望 |         |               |  |  |  |
|              | 円   |  | 円          |          | 円            |         |   |         |               |  |  |  |
| 社会保険料控除      | 社会保険の種類   |  |            | 支払った保険料  |              | 生命保険料控除 | 区分  |         | 支払った保険料       |  |  |  |
|              | 源泉徴収票に記載された社会保険料  |  |            | 円        |              |         | 旧制度   | 一般生命保険料 | 円             |  |  |  |
|              | 源泉徴収票に<br>含まれていない<br>社会保険料の<br>金額   | 国民健康保険税(料)   |            | 円        |              |         |   | 個人年金    | 円             |  |  |  |
|              |   | 後期高齢者医療保険料   |            | 円        |              |         | 新制度   | 一般生命保険料 | 円             |  |  |  |
|              |   | 介護保険料  |            | 円        |              |         |   | 個人年金    | 円             |  |  |  |
|              |   | <input type="checkbox"/> 国民年金<br><input type="checkbox"/> 他( ) |            | 円        |              |         |   | 介護医療    | 円             |  |  |  |
|              |   |  |            | 円        |              |         |   |         | 円             |  |  |  |
| 小規模企業共済等掛金控除 | (支払った掛金の合計)   |  |            | 円        |              | 地震保険料控除 | 地震保険料   |         | 円             |  |  |  |
| 寡婦控除ひとり親控除   | <input type="checkbox"/> 配偶者と(死別)(離婚)(生死不明)<br><input type="checkbox"/> 未婚のひとり親                                   |  |            |          |              |         | 旧長期損害保険料                                      |         | 円             |  |  |  |
| 障害者控除        | <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 障害認定 |  |            | [ 級(度) ] |              | 勤労学生控除  | 学校名 _____                                     |         |               |  |  |  |

### 3 配偶者や親族に関する事項

配偶者・親族に関する事実  
前年12月31日時点で自身が扶養している配偶者及び親族がいる いない

#### 4 納付方法

給与から差引き(特別徴収)  自分で納付(普通徴収)

・これより下は記入しないでください

## 5 前年中に収入等のなかった方または扶養されている方等の記載欄

前年中に収入、所得がなかった方は、各種資格審査の基礎資料や、非課税証明書の発行等に必要となりますので、下記のA～Fの該当するものに○をして、必要事項を記入のうえ提出してください。

|  |   |   |
|--|---|---|
| A 右記の方から扶養または仕送りを受けていた。                          | 住所 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居( )   | 電話  |
|  | 氏名  | 続柄  |
| B 令和6年1月1日現在、国外または他の市区町村に居住していた。<br>(単身赴任・海外出張等) | 住所(国外の場合は国名)  |   |
| C 障害年金・遺族年金等や各種給付等を受けていた。                        | <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 育児休業給付金<br><input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> その他( ) | 年間受給額 円   |
| D 令和6年1月1日現在、生活保護法に基づく生活扶助を受けていた。                | 期間 年 月 日 から 年 月 日 まで(予定)  | <input type="checkbox"/> 市川市で受給 <input type="checkbox"/> 他市で受給( ) |
| E 預貯金や借入金等で生活をしていた。                              |   |   |
| F その他  |   |   |

## 6 給与所得の内訳

※ 日給などの給与所得のある方で、源泉徴収票のない方はご記入ください

| 月   | 月 収 | 勤務先名   |
|-----|-----|--------|
| 1   |     |        |
| 2   |     |        |
| 3   |     | 勤務先所在地 |
| 4   |     |        |
| 5   |     |        |
| 6   |     | 電話番号   |
| 7   |     |        |
| 8   |     |        |
| 9   |     | 代表者    |
| 10  |     |        |
| 11  |     |        |
| 12  |     |        |
| 賞与等 |     |        |
| 総 計 |     | 備考     |

## 7 事業(営業等・農業)所得・不動産所得の計算書

| 収入金額の内訳 | 項目        | 金額 | 項目            | 金額 |
|---------|-----------|----|---------------|----|
|         | Ⓐ 売 上     |    | 租 稅 公 課       |    |
|         | Ⓑ 売上原価    |    | 水道光熱費         |    |
|         | ①差益(Ⓐ-Ⓑ)  |    | 損害保険料         |    |
|         | 家賃収入      |    | 修 繕 費         |    |
|         | 地代収入      |    | 消 耗 品 費       |    |
|         | 権 利 金     |    | 減 価 償 却 費     |    |
|         | 更 新 料     |    | 地 代 家 賃       |    |
|         | 駐 車 場 収 入 |    | ③ 計           |    |
|         | ② 計       |    | ④ 専 徒 者 控 除 額 |    |
|         |           |    | 所得金額(①か②)-③-④ |    |

## 8 事業専従者に関する事項

| 氏 名               | 統柄 | 生年月日  | 従事月数            | 専従者給与(控除)額 |
|-------------------|----|-------|-----------------|------------|
| 個人番号              |    | 年 月 日 | ヶ月              | 円          |
| 個人番号              |    | 年 月 日 | ヶ月              | 円          |
| 合 計 額             |    |       |                 | 円          |
| 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) |            |

## 9 配当割額または株式等譲渡所得割額の控除に関する事項

|               |   |
|---------------|---|
| 配 当 割 額 控 除 額 | 円 |
| 株式等譲渡所得割額控除額  | 円 |

## 10 寄附金に関する事項

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 都道府県・市区町村分<br>(ふるさと納税分)          | 円 |
| 住 所 地 の 共 同 募 金 会 分<br>日 赤 支 部 分 | 円 |
| 千葉県                              | 円 |
| 条例指定分<br>市川市                     | 円 |

## 11 所得金額調整控除に関する事項

| □ 23歳未満<br>□ 特別障害者           | 氏 名  |  |
|------------------------------|------|--|
|                              | 個人番号 |  |
| 生年月日<br>大正・昭和・平成・令和<br>年 月 日 |      |  |

給与収入850万円超で、所得金額調整控除の適用を受けたい場合のみ、対象となる扶養親族を記入してください。  
(表面3欄に記入済の扶養親族は書く必要がありません)

## 市川市内に住所のない方で市内に事務所、店舗等を有する方の記載欄

|                   |   |
|-------------------|---|
| 事務所・店舗等の所在地       |   |
| 名 称 ・ 屋 号         |   |
| 営 業 種 目           |   |
| 電 話 番 号           |   |
| 前 年 の 合 計 所 得 金 額 | 円   |
| 扶 養 親 族           | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 人)   |
| 本 人 該 当 区 分       | <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> ひとり親<br><input type="checkbox"/> 寡 婦 <input type="checkbox"/> 未成年 |
| 休 廃 業 年 月 日       | 年 月 日   |