

## 町民税・県民税申告書

(国保・介護・後期高齢者簡易申告書兼用)

世帯識別	
個人コード	
申告者 生年月日	
行政区	
世帯主	
続柄	
職業	
電話	(       )

御宿町長宛

令和 年 月 日提出



※御宿町に住民登録のある方で、御宿町以外におすまいの方は下記に現住所を記入してください。

現在の住所

◎申告書提出期限は  
3月16日です。

昨年中（令和7年1月1日から令和7年12月31日まで）の所得について記入してください。  
（所得がなかった方は、昨年<sup>※</sup>の生活状況を裏面に記入してください。）

収入金額等	事業	営業等	ア						
		農業	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						
		その他の	ケ						
総合譲渡	短期	コ							
	長期	サ							
一		時	シ						
所得金額	事業	営業等	1						
		農業	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						
		その他の	9						
		合計	10						
	総合譲渡・一時		11						
	合計		12						
所得から差し引かれる金額	雑損控除		13						
	医療費控除	区分	14						
	社会保険料控除		15						
	小規模企業共済等掛金控除		16						
	生命保険料控除		17						
	地震保険料控除		18						
	寡婦・ひとり親控除		19・20			0	0	0	
	勤労学生・障害者控除		21・22			0	0	0	
	配偶者控除		23			0	0	0	
	配偶者特別控除		24			0	0	0	
	扶養控除		25			0	0	0	
	特定親族特別控除		26			0	0	0	
基礎控除		27			0	0	0		
合計		28							

13 雑 損	損害の原因		損害年月日	損害金額	補填金額	差引金額
14 医 療 費	医療を受けた人		続柄	支払金額	補填金額	差引金額
15 社会保険料 (支払金額)	国民健康保険税	介護保険料	後期高齢者医療保険料		国 民 年 金	
	その他の保険料	保険料合計		16 小規模共済 支払金額		
17 生命保険料	新生命保険料の計	旧生命保険料の計	新個人年金保険料の計	旧個人年金保険料の計	介護医療保険料の計	
	※控除額		※控除額		※控除額	
18 地震保険料	地震保険料支払金額	※控除額		旧長期保険料支払金額	※控除額	
19～22 本人該当	さ○該 いを当 つす ける て番 く号 だに	1 特別障害者 2 その他の障害者 3 勤労学生 ※裏面おたずね欄に学校名・学年を記載してください。 4 寡 婦 → 死別・離婚・生死不明・未帰還 5 ひとり親				

※下記配偶者及び扶養親族、特定親族で別居の場合は裏面の「○別居の扶養親族等に関する事項」にも記入をお願いします。

23・24  配偶者 (特別)	配偶者氏名				生年月日	同居・別居	障害者控除	
					明・大・昭・平 ・	同・別	特別・その他	
	個人番号							
	収入種類		ア 収入金額		※給与・年金 収入の方は 右のイ・ウの 記入は不要です。	イ 必要経費	ウ 合計所得	
25  扶養親族	氏 名				続柄	生年月日	同居・別居	障害者控除
						明・大・昭・平 ・	同・別	特別・その他
	個人番号							
						明・大・昭・平 ・	同・別	特別・その他
	個人番号							
						明・大・昭・平 ・	同・別	特別・その他
26  特定親族	氏 名				続柄	生年月日	同居・別居	障害者控除
						平 ・	同・別	特別・その他
	個人番号							
	収入種類		ア 収入金額		※給与収入 の方は右の イ・ウの記入は 不要です。	イ 必要経費	ウ 合計所得	

16 歳未満の 扶養親族					平・令 ・	別居の場所の住所
	個人番号					
					平・令 ・	別居の場所の住所
	個人番号					

○ 収入に関する事項  
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					

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

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
			国外株式等に係 る外国所得税額	

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

○ 総合譲渡・一時所得の所得金額に関する事項

		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)
総合譲渡	短 期	円	円	円	円	円
	長 期					ロ
一 時						ハ
右上のイの金額を表面のロに、ロの金額を表面のサに、ハ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⑪の所得金額欄へ記入してください。					ニ) イ+[(ロ+ハ)×1/2]	

○ 事業専従者に関する事項

氏 名		生年月日		続 柄		従事月数		専従者給与 (控除) 額	円
		個人番号							
氏 名		生年月日		続 柄		従事月数		専従者給与 (控除) 額	円
		個人番号							
氏 名		生年月日		続 柄		従事月数		専従者給与 (控除) 額	円
		個人番号							

○ 別居の扶養親族等に関する事項 ※住所を必ず記入してください

氏 名	続 柄	住 所
個人番号		
個人番号		

○ 寄附金に関する事項

都道府県、市区町村分	円	寄附先の所在地・名称
住所地の共同募金会、日赤支部		
条例指定分		
都道府県		
市区町村		

○ おたずね欄（所得のなかった人などの記入欄、該当番号を○で囲み必要事項を記入）

(令和7年中に所得のなかった人、雇用保険・遺族年金または障害者基礎年金を受けていた人などは、下欄に記入してください。)

1. 下記の人から扶養または援助を受けていた。  
(住所) (氏名) (電話)  
(理由) ア. 生徒・学生 (令和8年1月1日現在で記入してください。)  
大学(学校) 学部 科 年在学  
イ. その他

2. 雇用保険 (失業保険)・労災保険などの給付を受けていた。  
(期間) 令和 年 月から 月まで (受領額) 円

3. 遺族年金・障害年金または傷病賜金を受けていた。  
(年金名) (受領額) 円

4. 生活保護法による生活扶助を受けていた。  
(期間) 令和 年 月から 月まで (受給番号)

5. その他 (上記1～4のいずれにも該当しない人は令和7年中の生活状況について具体的に記入してください。)

○ 申告についてのお問合せは……………御宿町役場税務住民課 電話 68-6692(直通)

生命保険や地震保険の支払証明書・その他の証明書をここに貼ってください。