

提出用

令和7年度(令和6年分所得)市・県民税申告書(新規・修正)  
(令和6年1月1日から令和6年12月31日までの収入が対象)

整理番号

郵・投・オ

住所	三田市					TEL	( ) ( ) ( )							
フリガナ						生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
氏名						個人番号								

## 1 控除対象配偶者・扶養親族・本人該当などの項目

控除対象配偶者・同一生計配偶者	明・大・昭・平 年 月 日					控配	<input type="checkbox"/> A 一般	<input type="checkbox"/> B S30.1.1 老人
個人番号						<input type="checkbox"/> 同一生計配偶者 納税者本人の所得が1,000万円を超える場合のみレ点記入		
配偶者特別控除額	円					配偶者の合計所得	(90) 円	
控除対象扶養親族の氏名	生年月日					続柄	同居	
	明・大・昭・平・令 年 月 日						有・無	
個人番号							有・無	
	明・大・昭・平・令 年 月 日						有・無	
個人番号							有・無	
特定	一般	年少	老人 S30.1.1 以前					
H14.1.2~H18.1.1	S30.1.2~H14.1.1 H18.1.2~H21.1.1	H21.1.2以降	内同居老親		老人総数			
<input type="checkbox"/> 人	<input type="checkbox"/> 人	<input type="checkbox"/> 人	<input type="checkbox"/> 人		<input type="checkbox"/> 人			
障害者の氏名(本人又は扶養親族の内)	特 障	普 障		障害者扶養数				
	身体 精神 療育 1・2級 1級 A	身体 精神 療育 3.4.5.6級 2・3級 B		特 障 普障 内同居 総数				
	身体 精神 療育 1・2級 1級 A	身体 精神 療育 3.4.5.6級 2・3級 B		人 人				
本人該当項目(E~Kの内該当するものにレ点記入してください) 学校名(勤労学生控除)								
<input type="checkbox"/> E H19.1.3 未成年	<input type="checkbox"/> F 特 障	<input type="checkbox"/> G 普 障	<input type="checkbox"/> I ひとり親	<input type="checkbox"/> J 寡 婦	<input type="checkbox"/> K 勤労学生	( )		
離別・死別等								

## 2 所得金額の項目

営業等	収入金額 ( )	所得金額 (41)
農 業	収入金額 ( )	所得金額 (42)
不 動 産	収入金額 ( )	所得金額 (44)
利 子	収入金額 ( )	所得金額 (45)
配 当	収入金額 ( )	所得金額 (46)
一般給与	収入金額 (70)	所得金額 (あ)
専従者給与	収入金額 (71)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N 青色専従者 白色専従者 ←どちらかにレ点記入
雑	公的年金	収入金額 (80) 所得金額 (い)
	業 務	収入金額 ( ) 所得金額 (482)
	その他	収入金額 ( ) 所得金額 (481)
雑合計所得金額 ((い)+(481)+(482))		(48)
総合課税	短期	所得金額 (491) (491)+[(492)+(493)]×1/2
	長期	1/2前 (492) (う)
	一時	1/2前 (493)
合 計 (41)+(42)+(44)+(45)+(46)+(あ)+(48)+(う)		(50)

分離課税の所得額	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

## 所得金額調整控除に関する事項(給与収入金額が850万円超の人)

※給与収入金額が850万円を超える人は、該当するいずれかの要件にレ点記入してください。  
また、要件の該当者が上記1に記入している人以外の場合は、該当者欄を記入してください。

<要件>				
<input type="checkbox"/>	本人が特別障害者に該当する			
<input type="checkbox"/>	同一生計配偶者が特別障害者に該当する			
<input type="checkbox"/>	扶養親族が特別障害者に該当する			
<input type="checkbox"/>	23歳未満(平成14年1月2日以降生まれ)の扶養親族がいる			
<該当者>				
① 扶養親族の氏名				続 柄
② 生 年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日			
③ 特別障害者に該当する事実	身体 1・2級	精神 1級	療育 A	その他 ( )
④ 別居の場合	住 所	個人番号		

## 配当割額・株式等譲渡所得割額控除

配当割額控除額	円
株式等譲渡所得割額控除額	円

給与所得及び公的年金等に係る所得以外の市・県民税の納税方法

<input type="checkbox"/> 全特	給与から天引きを希望	<input type="checkbox"/> 併徴	自ら納付を希望
-----------------------------	------------	-----------------------------	---------

市記入欄	(94) 専	
郵送時 控 添 付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	専配 <input type="checkbox"/> 他専
処理確認	<input type="checkbox"/> 届保連絡 <input type="checkbox"/> 未申請	(97) 住
本人確認	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人	(98) 居住開始
免・マ・他 ( )		

この申告書は、二枚目が控用(複写式)となっています。

## 3 所得から差し引かれる控除額

雑 損	損失額	補てんされる額	(51)
医 療 費	支払額(支払額-補てんされる額)	セルフメディケーション分	(52)
社 保 険 料	国保・後期高齢	年金・介護	その他
			(53)
小規模企業共済等掛金控除額			(54)
生 保 険 料	新生命保険料支払額	旧生命保険料支払額	介護医療保険支払額
	(351)	(352)	(353)
	新個人年金支払額	旧個人年金支払額	控除額
	(354)	(355)	(え)
地 保 険 料	地震保険料支払額	旧長期損害保険支払額	控除額
	(56)	(561)	(お)
本人・配偶者・扶養親族に 関する控除の合計額			(58)
控 除 合 計 (51)+(52)+(53)+(54)+(え)+(お)+(58)			

## 4 寄附金に関する事項

寄附金額	都道府県・市区町村 (特例控除対象)	兵庫県の共同募金会・ 日赤支部・都道府県・ 市区町村(特例控除対象以外)	兵庫県条例指定分	三田市条例指定分
(60)	(57)	(591)	(59)	