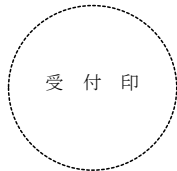


令和 6 年度 (令和 5 年分) 市民税・県民税申告書

太田市長

年 月 日提出



1月1日現在の住所	電話番号(自宅・勤務先・携帯)	台帳番号
現住所	( )	お問合せ番号
フリガナ	生年月日 明・大・昭 平・令	資料番号
氏名	職業・業種	屋号・雅号
個人番号	世帯主氏名(続柄)	( )

3 所得から差し引かれる金額に関する事項

13 社会保険料控除	社会保険の種類	支払額	円
14 小規模企業共済等掛金控除	小規模企業共済掛金、確定拠出年金掛金及び心身障害者扶養共済掛金の合計額		円
15 生命保険料控除	新生命保険料の計	旧生命保険料の計	円
	新個人年金保険料の計	旧個人年金保険料の計	円
	介護医療保険料の計		円
16 地震保険料控除	地震保険料の計	旧長期損害保険料の計	円
17~19 寡婦控除、ひとり親控除、勤労学生控除	<input type="checkbox"/> 寡婦控除 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未帰還	<input type="checkbox"/> ひとり親控除 <input type="checkbox"/> 勤労学生控除(学校名)	
20 障害者控除	フリガナ氏名 障害の程度 特 殊 級 度 個人番号		
21~22 配偶者控除・配偶者特別控除・同一生計者配偶者	フリガナ氏名 生年月日 明・大・昭 平・令 配偶者の合計所得金額		円
23 扶養控除	フリガナ氏名 生年月日 明・大・昭 平・令 同居・別居の区分 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 続柄 個人番号 控除額 万円		
16歳未満の扶養親族(控除対象外)	フリガナ氏名 生年月日 平・令 同居・別居の区分 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 続柄 個人番号 控除額 万円		
26 雑損控除	損害の原因 損害年月日 年 月 日 損害金額 円 保険等補てん額 円 差し引損失額のうち災害関連支出の金額 円		
27 医療費控除	支払った医療費等 円 保険金などで補填される金額 円		

この離課税に係る所得等がある方は、市民税・県民税申告書(分離課税用)をあわせて提出してください。用紙は市民税課に用意してあります。

1 収入金額等	事業	業	等	ア	円
	不	動	産	ウ	
	利	子	当	エ	
	配	給	与	オ	
	給	専	給	カ	
	雑	公	的	キ	
		業	務	ク	
		そ	の	ケ	
		短	期	コ	
		長	期	サ	
		一	時	シ	
2 所得金額	事業	業	等	①	
	不	動	産	②	
	利	子	当	③	
	配	給	与	④	
	雑	公	的	⑤	
		業	務	⑥	
		そ	の	⑦	
		合	計	⑧	
		( ⑦ + ⑧ + ⑨ )		⑩	
		総	合	⑪	
		合	計	⑫	
4 所得から差し引かれる金額	社会保険料控除			13	
	小規模企業共済等掛金控除			14	
	生命保険料控除			15	
	地震保険料控除			16	
	寡婦、ひとり親控除			17~19	
	障害者控除			20	
	配偶者(特別)控除			21~22	
	扶養控除			23	
	基礎控除			24	
	13から24までの計			25	
	雑損控除			26	
医療費控除			27		
	合	計	28		
	( 25 + 26 + 27 )				

地方税法附則第4条の4の規定の適用を選択する場合には、「医療費控除」欄の「区分」の□に「1」と記入してください。

5 寄附金税額控除に関する事項

都道府県、市区町村分 (特別控除対象) 円

群馬県共同募金会、日本赤十字社群馬支部部分・都道府県、市区町村分(特別控除対象以外)

条例指定分 県・市 市

6 給与・公的年金等に係る所得以外(令和6年4月1日において65歳未満の方は給与所得以外)の市民税・県民税の納税方法

給与から差引(特別徴収)  自分で納付(普通徴収)

「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。

確認欄					受付日	受付者
A	B	C	D	E		

7 給与（日給）等所得者の収入状況

勤務先				
法人番号又は所在地				
電話番号				
月	日	給	日数	月収
1		円	日	円
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
賞 与 等				
合 計				
社会保険料等金額				
源泉徴収税額				

8 事業所得（営業・農業所得）

月	売上(収入)金額	項 目	金 額	
1	円	売上(収入)金額 (雑収入含む)	円	
2		①期首棚卸高		
3		②仕入金額		
4		③小計(①+②)		
5		④期末棚卸高		
6		⑤差引原価(③-④)		
7		必 要 経 費		
8				
9				
10				
11				
12				
月計			⑥小 計	
自家消費			⑦計(⑤+⑥)	
雑収入			差引所得金額(⑧-⑦)	
計			⑧専従者控除額	
計			所得金額(⑧-⑨-⑩)	

9 不動産所得

	金 額	必 要 経 費	金 額
1	円		円
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
月計			
権利金			
礼金			
更新料			
他			
計		⑩小 計	
計		⑪専従者控除額	
計		所得金額(⑪-⑩-⑫)	

10 事業専従者に関する事項

1	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	明・大・昭 平・令	専従者給与 (控除)額	円
	個人番号		従事月数	月		
2	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	明・大・昭 平・令	専従者給与 (控除)額	
	個人番号		従事月数			
3	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	明・大・昭 平・令	専従者給与 (控除)額	
	個人番号		従事月数			
		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		合 計 額	

11 事業税に関する事項

非課税所得など	番号	所得金額	円
損益通算の特例適用前の不動産所得			円
事業用資産の譲渡損失など	資産の種類	損失額、被災損失額(白)	円
前年中の開廃業	開始・廃止	月 日	
<input type="checkbox"/> 他 都 道 府 県 の 事 務 所 等			

12 総合譲渡・一時所得の所得金額に関する事項

総合譲渡	短期	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)
	長期	円	円	円	円	円
一時						
		ニ 合計 イ + [(ロ+ハ) × 1/2]				

13 雑所得（公的年金等以外）に関する事項

種 目	支払者の「名称」及び「法人番号又は所在地」等	収入金額	必要経費
		円	円

14 別居の扶養親族に関する事項

1	フリガナ 氏名	住所	続柄	生年月日	明・大・昭 平・令	国外居住	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払
	個人番号	※個人番号は複写されません。		続柄	生年月日		
2	フリガナ 氏名	住所	続柄	生年月日	明・大・昭 平・令	国外居住	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払
	個人番号	※個人番号は複写されません。		続柄	生年月日		
3	フリガナ 氏名	住所	続柄	生年月日	明・大・昭 平・令	国外居住	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払
	個人番号	※個人番号は複写されません。		続柄	生年月日		

15 配当に関する事項

種 目	支払者の「名称」及び「法人番号又は所在地」等	支払確定年月	収入金額	必要経費
			円	円

16 所得金額調整控除に関する事項

フリガナ 氏名	続柄	生年月日	明・大・昭 平・令	特別障害者に該当する場合	級 度	別居の場合の住所
個人番号						

17 前年中に収入がなかった人は、下の欄へ記入してください。

(1) 下記の人から扶養されていた、援助（仕送り）を受けていた。

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ あなたの続柄 \_\_\_\_\_

また、学生の場合、本年1月1日現在で記入してください。

学校名 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 年生 \_\_\_\_\_

(2) (ア 遺族年金 イ 障害年金 ウ 失業保険 エ 生活保護 オ その他 (あてはまる項目に○印) ) を受給していた。

受給期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月まで

(3) その他（理由および生活費の入手など） \_\_\_\_\_