

住所	加須市 (令和5年1月1日現在)	生年月日
ふりがな		年 月 日
氏名	代理申告者氏名 続柄 [ ]	電話番号
		宛番号

宛番号

1 令和4年中に課税対象となる収入がなかった方

収入なし ← 該当する場合は○で囲んでください。

個人番号

4 所得から差し引かれる金額に関する事項

ここに源泉徴収票を貼ってください。	⑬ 社会保険料控除	社会保険の種類	支払った保険料	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	
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	⑰ <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)	⑱ <input type="checkbox"/> ひとり親控除	⑲ <input type="checkbox"/> 勤労学生控除 (学校名)	
⑳ 障害者控除	氏名	障害の程度	身体精神療育 級度	
	個人番号			
	氏名	障害の程度	身体精神療育 級度	
	個人番号			
㉑～㉒ 配偶者控除 配偶者特別控除 同一生計配偶者	配偶者の氏名	生年月日	明昭・大昭・平 円	
		配偶者の合計所得金額	円	
	個人番号		<input type="checkbox"/> 同一生計配偶者 (控除対象配偶者を除く。)	
㉓ 扶養(16歳以上)控除	氏名	生年月日	同居・別居の区分 続柄 控除額	
		明・大昭・平	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 万円	
	個人番号			
		明・大昭・平	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 万円	
	個人番号			
		明・大昭・平	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 万円	
個人番号				
16(歳未満)控除対象の扶養親族		平・令	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	個人番号			
		平・令	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
個人番号				
	平・令	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
個人番号				

別居の扶養親族等がある場合には、裏面13に氏名及び住所を記入してください。

扶養控除額の合計

㉕ 雑損控除	損害の原因	損害年月日	損害を受けた資産の種類
	損害金額	保険金などで補てんされる金額	差引損失額のうち災害関連支出の金額
	円	円	円
㉖ 医療費控除	支払った医療費	保険金などで補てんされる金額	
	円	円	

裏面にも記入する欄がありますからご注意ください。  
寄附金税額控除を受ける方は、裏面15に記入してください。

収入金額等	事業	営業等	ア	円
		農業	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	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	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	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	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	⑰～⑱		
	勤労学生、障害者控除	⑲～⑳		
	配偶者(特別)控除	㉑～㉒		
扶養控除	㉓			
基礎控除	㉔			
雑損控除	㉕			
医療費控除	㉖			
	合計	㉗		

セルフメディケーション税制(医療費控除の特例)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。

6 給与・公的年金等に係る所得以外(令和5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

給与から差引き(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。

受付者印	入力者印	確認者印
------	------	------

**7 給与所得の内訳**

(日給などの給与所得のある方で、源泉徴収票のない場合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					
合 計					円
法人番号又は所在地					
勤務先名					
電話番号					

**8 事業・不動産所得に関する事項**

所得の種類	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	青色申告特別控除額
		円	円	円

**9 配当所得に関する事項**

配当所得の種類	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
		.		
		.		
		.		
			国外株式等に係る外国所得税額	

**10 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

**11 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)	
		円	円	円	円	コ	円
	長期					サ	
	一時					シ	
						⑪ 合計 コ+[(サ+シ)×1/2]	

右上のコの金額を表面のコに、サの金額を表面のサに、シの金額を表面のシに記入してください。右の⑪の金額を表面の⑪の所得金額欄へ記入してください。

**12 事業専従者に関する事項**

氏 名	続柄	生 年 月 日	個 人 番 号	従事月数	専従者給与(控除)額
		明・大 昭・平 . .			円
		明・大 昭・平 . .			
		明・大 昭・平 . .			
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

**13 別居の扶養親族等に関する事項**

氏 名	住 所
	個人番号
	個人番号
	個人番号

**15 寄附金に関する事項**

都道府県、市区町村分	円
住所地の共同募金会、日赤支部分	
条例指定分	都道府県
	市区町村

支出した寄附金に応じて、各欄にそれぞれ寄附した金額を記入してください。ただし、認定特定非営利活動法人及び特例認定特定非営利活動法人以外の特定非営利活動法人に対する寄附金については、上欄に記入せず、別途「寄附金税額控除申告書(二)」を提出してください。

**14 配当割額又は株式等譲渡所得割額の控除に関する事項**

特定配当等に係る所得金額、特定株式等譲渡所得金額を総所得金額に含め、配当割額又は株式等譲渡所得割額の控除を受けようとする場合は、下の各欄に配当割額及び株式等譲渡所得割額を記入してください。

配 当 割 額 控 除 額	円
株式等譲渡所得割額控除額	

**16 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			

**17 所得金額調整控除に関する事項**

氏名	続柄	生年月日	特別障害者に該当する場合	身体 精神 療育	級 度	別居の場合の住所
		明・大・昭 平・令 . .				