

| | | | |
|--------------|---|---------------------------------|--|
| 現住所 | 守口市 | 現在の勤務先 | 代理申告者 ※本人以外が申告する場合、ご記入ください |
| 令和6年1月1日現在住所 | <input type="checkbox"/> 同上(現住所と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> してください) | (電話) _____ 電話番号(自宅・携帯) _____ | 氏名 _____ |
| フリガナ | | 生 年 月 日 _____ | 電 話 _____ |
| 氏 名 | | 大・昭平・令 _____ | 住 所 _____ |
| 個人番号 | | | <input type="checkbox"/> 同左(本人と同居の場合 <input checked="" type="checkbox"/> してください) |

無収入申告 前年中、無収入であったことを申告します 無収入の申告をする場合、右の欄にをしてください

※遺族年金、障害年金、失業手当等は収入に含まれません。 ↓記入しないでください

| 所得の種類 | A 収入金額 円 | | B 必要経費 円 | | ↓内訳を裏面(3)に記入してください | |
|-------|----------|----|--|--------------|--------------------|-----------------|
| | 営業等 | 1 | A | B | C 事業専従者控除額 円 | 16 |
| 不動産 | 5 | A | B | C 事業専従者控除額 円 | 20 | 不動産所得(=A-B-C)円 |
| 給与 | 8 | A | ←源泉徴収票がない場合は、裏面(1)に記入してください ↓複数ある場合は、年金支払元に○をして、内訳を記入してください | | | |
| 雑額等 | 公的年金等 | 10 | 年金機構:共済年金 その他 年金機構:共済年金 その他 年金機構:共済年金 その他 | | | |
| | 業務 | 60 | A | B | 61 | 雑(業務)所得(=A-B)円 |
| | その他 | 11 | A | B | 25 | 雑(その他)所得(=A-B)円 |
| | 配当 | 7 | A | B | 22 | 配当所得(=A-B)円 |

| 所得控除 | 雑損控除 | | 医療費控除 | | 社会保険料控除 | | 生命保険料控除 | | 地震保険料控除 | | 本人控除 | | 配偶者(特別)控除 | | 扶養控除 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|------|------|-------|------|---------|-----|---------|-----|---------|-----|-------|-----|-----------|-----|---------|-----|------------|-----|-------|-----|----------|-----|------------|-----|------------|----|------------|----|-----------|-----|------|-----|-----------|----|-----------|----|------|-----|
| | 雑損控除 | 損害原因 | 年月日 | 損害金額 | 補填される金額 | 707 | 支払った金額 | 708 | 補填される金額 | 920 | 差引負担額 | 821 | 特例適用 | 901 | 国民健康保険料 | 902 | 後期高齢者医療保険料 | 903 | 介護保険料 | 101 | 一般分支払額合計 | 102 | 個人年金分支払額合計 | 103 | 介護医療分支払額合計 | 47 | 地震保険分支払額合計 | 46 | 旧長期分支払額合計 | 940 | 本人控除 | 941 | 配偶者(特別)控除 | 62 | 配偶者(特別)控除 | 63 | 扶養控除 | 131 |

| 本人該当区分 | | 同配 | | 扶 養 | | | | | 扶養障害 | | | | | | | |
|--------|----|----|------|-----|----|----|----|----|------|----|----|----|-----|----|----|----|
| 特障 | 他障 | 寡婦 | ひとり親 | 勤学 | 未成 | 有り | 老人 | 一般 | 特定 | 老同 | 老計 | 年少 | 調整 | 特同 | 特計 | 其他 |
| 71 | 72 | 74 | 197 | 76 | 77 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 89 | 198 | 85 | 86 | 87 |

通知書番号 _____

指定番号 _____

即・新・修・添

非課税 普 月 円

転記 入力 確認 通知

記入した金額はすべて円単位で記入してください



令和 6 年度 個人市民税・府民税の申告の受付書

申告の受付書の返却を希望する場合はを付けてください。⇒ 返却希望

※ただし、添付書類（原本）は受付書の返却希望の有無にかかわらず申告受付後3ヶ月程度ですべての方に返却いたします。

＜申告時の添付・提示書類＞

添付した書類にを付けてください。

| | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | 年金の源泉徴収票(コピー) | <input type="checkbox"/> | 障がい者手帳等(コピー) |
| <input type="checkbox"/> | 給与の源泉徴収票(コピー) | <input type="checkbox"/> | 学生証等(コピー) |
| <input type="checkbox"/> | 収支内訳書 | <input type="checkbox"/> | 医療費の明細書等 |
| <input type="checkbox"/> | 社会保険料の支払証明書等 | <input type="checkbox"/> | 寄附金の領収書等 |
| <input type="checkbox"/> | 生命保険料の控除証明書 | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | 地震保険料の控除証明書 | <input type="checkbox"/> | |

申告書を提出する前にご確認ください。

◎住所、氏名、生年月日、個人番号、電話番号、勤務先等の記入漏れはありませんか？

- ・ご本人(または代理申告者)に申告の内容を確認させていただく場合があります。
- ・電話番号は、日中つながりやすい番号をご記入ください。
- ・近日中に転出・転居の予定がある方は、現住所と別に余白に新住所を記入してください。
- ・氏名は必ず自筆で署名してください。
- ・個人番号について、次のいずれかの方法で確認させていただきます。

①個人番号カード(マイナンバーカード)1点の提示

②個人番号の通知カード(住民票上の氏名、住所等が記載している場合に限り)、または個人番号が記載している住民票(又は住民票記載事項証明書)に加えて、顔写真付きの本人確認書類(運転免許証、パスポートなど)、または公的医療保険の被保険者証、年金手帳などのうちいずれか1点の提示

※令和6年1月1日現在、守口市に住民票がある人は不要です。

※郵送で申告書を提出される場合は①、②どちらかの写しを添付し、原本は添付しないください。

※個人番号の確認ができない場合(未記入含む)、個人番号は収集しませんが、申告書は受理します。

◎収入・所得控除の記入方法は、「申告のしおり」を参照してください。

- ・文字や数字はわかりやすくはっきり書いて、計算誤りのないよう正しく申告をしてください。
- ・申告書の裏面も忘れずにご記入ください。

お問い合わせ先

守口市役所 課税課 市民税担当 電話 06-6992-1456 (直通)

(1)給与収入計算書 (アルバイト・パートを含む)

※雇用保険料がある場合は、給与明細書等の添付・提示が必要です

| 令和5年 | 月 | 額 | 雇用保険料 | 勤務先および所在地 |
|------|----|---|-------|-----------|
| 1月 | | 円 | 円 | |
| 2月 | | 円 | 円 | |
| 3月 | | 円 | 円 | |
| 4月 | | 円 | 円 | |
| 5月 | | 円 | 円 | |
| 6月 | | 円 | 円 | |
| 7月 | | 円 | 円 | |
| 8月 | | 円 | 円 | |
| 9月 | | 円 | 円 | |
| 10月 | | 円 | 円 | |
| 11月 | | 円 | 円 | |
| 12月 | | 円 | 円 | |
| 賞与 | | 円 | 円 | |
| 計 | ※1 | | ※2 | |

※1: 表面の給与欄「A収入金額」に記入してください

※2: 表面の社会保険料控除欄「Eその他㊸」に記入してください

(2)各種所得の内訳

(各種所得: 雑所得(公的年金以外)、配当所得、利子所得、譲渡所得、一時所得等)
※各種所得と必要経費がわかる書類の添付・提示が必要です

| 所得の種類 | 種目・所得の生ずる場所 | A収入金額 | B必要経費 |
|-------|-------------|-------|-------|
| | | 円 | 円 |
| | | 円 | 円 |
| | | 円 | 円 |

※それぞれの合計金額を、表面の該当の所得の「A収入金額」、「B必要経費」に記入してください

(3)営業等、農業、不動産所得における事業専従者

| 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 事業専従者控除額 | 区分 |
|-------------------|----|-------------------|-----------|-------|
| 個人番号 | | | | |
| | | 大・昭・平・令 ・ ・ | 円 | 同居・別居 |
| 個人番号 | | | | |
| | | 大・昭・平・令 ・ ・ | 円 | 同居・別居 |
| 個人番号 | | | | |
| 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 | |

※事業専従者控除額の合計金額を、表面の該当の所得の「C事業専従者控除額」に記入してください

(4)別居の扶養親族等に関する事項

| 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 住所 |
|------|----|-------------------|----|
| | | 大・昭・平・令 ・ ・ | |
| 個人番号 | | | |
| | | 大・昭・平・令 ・ ・ | |
| 個人番号 | | | |
| | | 大・昭・平・令 ・ ・ | |
| 個人番号 | | | |

(8)医療費控除またはセルフメディケーション税制の明細書

注)セルフメディケーション税制(医療費控除の特例)の適用を受ける場合は、明細書に加えて適用を受ける年分において健康の維持増進及び疾病の予防への一定の取組を行ったことを明らかにする書類の添付または提示が必要です。詳細は左下部(9)「医療費控除またはセルフメディケーション税制の明細書」欄の記入方法をご確認ください。※従来の医療費控除の適用を選択された方は、セルフメディケーション税制の適用はできません。

※一定の取組に要した費用は、控除対象となりません

| 医療を受けた人 | 病院・薬局等の名称 | 控除対象額の内訳 | | 左のうち生命保険や社会保険等で補填される金額 | 差引負担額 |
|---------|-----------|----------|--------|------------------------|-------------|
| | | 内容 | 支払った金額 | | |
| | | | 円 | 円 | 円 |
| | | | 円 | 円 | 円 |
| | | | 円 | 円 | 円 |
| | | | 円 | 円 | 円 |
| | | | 円 | 円 | 円 |
| | | | 円 | 円 | 円 |
| | | | 円 | 円 | 円 |
| | | | 円 | 円 | 円 |
| 計 | | | A | B | C (= A - B) |
| | | | 円 | 円 | 円 |

※A: 表面の医療費控除欄「A支払った金額㊸」に記入してください

※B: 表面の医療費控除欄「B補填される金額㊹」に記入してください

※C (= A - B): 表面の医療費控除欄「C差引負担額㊺」に記入してください

(5)寄附金控除

※領収書等の添付・提示が必要です

① 都道府県・市町村・特別区に対する寄附金

| 寄附先 | 寄附金額 |
|-----|-------|
| | 円 |
| | 円 |
| 計 | 805 円 |

② 日本赤十字社大阪府支部・大阪府共同募金会・大阪府が指定した団体に対する寄附金

| 寄附先 | 寄附金額 |
|-----|------|
| | 円 |
| | 円 |
| 計 | 円 |

(6)所得金額調整控除に関する事項

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

(7)配当割額または株式等譲渡所得割額の控除

※支払額が確認できる書類の添付・提示が必要です

| | | |
|--------------|----|---|
| 配当割額控除額 | 97 | 円 |
| 株式等譲渡所得割額控除額 | 98 | 円 |

(9)給与所得・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・府民税の納付方法

| | | |
|-----|--------------------------|---------------|
| 809 | <input type="checkbox"/> | 給与から差引き(特別徴収) |
| 810 | <input type="checkbox"/> | 自分で納付する(普通徴収) |

※勤務先の事情等により、希望される納付方法と異なる場合があります

※令和6年度より、上場株式等の課税方式の選択における申告不要制度は廃止されました。

◎事業税に関する事項

| 非課税所得など | 番号 | 損益通算の特例適用前の不動産所得 | 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(円) |
|-----------|----|------------------|--|-------|--------------|
| 前年中の開(廃)業 | | 円 | 円 | | 円 |
| 月 日 開始・廃止 | | | <input type="checkbox"/> 他 都 道 府 県 の 事 務 所 等 | | |

この申告書を提出された方は、事業税の申告は不要です。事業税に関しては、北河内府税事務所(電話072-844-1331)へお問い合わせください。なお、事業税に関する手引は、守口市役所課税課市民税担当(電話06-6992-1456)にも一部ございます。

<職員使用欄>

〔1〕**給与収入計算書(アルバイト、パートを含む)**欄の記入方法

給与収入がある場合は、月額・雇用保険料・勤務先および所在地を記入し、それぞれの合計金額を計に記入してください。

月額の計(※1)を表面の給与欄「A収入金額」に記入してください。

雇用保険料の計(※2)を表面の社会保険料控除欄「Eその他㊦」に記入してください。
(源泉徴収票を添付・提示する人は、記入の必要はありません。)

<雇用保険料がある場合は、給与明細書等の添付・提示が必要です>

〔2〕**各種所得の内訳**欄の記入方法

雑所得(公的年金以外)、配当所得、利子所得、譲渡所得、一時所得等の所得がある場合に記入してください。それぞれの合計金額を表面の該当の所得の「A収入金額」、「B必要経費」に記入してください。

<各種所得と必要経費がわかる書類の添付・提示が必要です>

〔3〕**営業等、不動産所得における事業専従者**欄の記入方法

事業専従者の氏名・続柄・生年月日・事業専従者控除額・区分・個人番号を記入し、事業専従者控除額の合計金額を、表面の該当の所得の「C事業専従者控除額」に記入してください。

なお、事業専従者と別居の場合は、裏面の「(4)別居の扶養親族等に関する事項」に、氏名・住所・個人番号を記入してください。

〔4〕**別居の扶養親族等に関する事項**欄の記入方法

表面の配偶者控除または扶養控除欄で別居に○をした扶養親族等の氏名・続柄・生年月日・住所・個人番号を記入してください。なお、配偶者特別控除の対象となる配偶者、または事業専従者控除の対象となる事業専従者と別居している場合にも、記入してください。

〔5〕**寄附金控除**欄の記入方法

前年中に①都道府県・市町村・特別区に対する寄附金 ②日本赤十字社大阪府支部・大阪府共同募金会・大阪府が指定した団体に対する寄附金を支出した場合は、寄附先及び寄附金額を記入し、合計金額を計に記入してください。

<領収書等の添付・提示が必要です>

〔7〕**配当割額または株式等譲渡所得割額の控除**欄の記入方法

特定配当等に係る所得金額、特定株式等譲渡所得金額を申告して、配当割額または株式等譲渡所得割額の控除を受けようとする場合は、配当割額または株式等譲渡所得割額を記入してください。

<支払額が確認できる書類の添付・提示が必要です>

〔8〕**医療費控除またはセルフメディケーション税制の明細書**欄の記入方法

医療を受けた人・病院・薬局等の名称・控除対象額の内訳・左のうち生命保険や社会保険等で補填される金額・差引負担額を記入し、それぞれの合計金額を計に記入してください。

支払った金額の計(A)、左のうち生命保険や社会保険等で補填される金額の計(B)、差引負担額の計(C)を表面の「医療費控除」欄㊦～㊨に記入してください。セルフメディケーション税制(医療費控除の特例)の適用を受ける場合は表面の特例適用欄㊩に☑をしてください。なお、セルフメディケーション税制の適用を受ける場合は、申告者本人が健康の保持増進及び疾病の予防への一定の取組(健康診査、予防接種、定期健康診断、特定健康診査、がん検診等)を行っていることを証明できる書類(領収書(写し不可)もしくは結果通知表(写し可))の添付または提示が必要です。結果通知表については、①氏名②一定の取組を行った年③保険者、事業者もしくは市区町村の名称または医療機関の名称もしくは医師の氏名の3項目の記載があるものに限ります。※健診結果部分は不要です。

※従来の医療費控除の適用を選択された方は、セルフメディケーション税制の適用はできません。

<医療費の領収書の添付・提示は不要です>

※ただし、後日領収書の提示または提出を求める場合があるため5年間の保存が必要です。