

令和8年度 市民税 府民税 申告書

提出年月日 年 月 日 令和		現住所				整理番号		
		1月1日現在の住所				業種又は職業		
		フリガナ				電話番号		
		氏名				個人番号		
生年 月日	世帯主の氏名		続柄					

3 所得から差し引かれる金額に関する事項 無収入の申告する場合、右の欄に☑をしてください □

社会保険料 控除		社会保険の種類		支払った保険料				
合 計								
生命保険料 控除		新生命保険料の計		旧生命保険料の計				
		101	円	44	円			
		新個人年金保険料の計		旧個人年金保険料の計				
		102	円	45	円			
		介護医療保険料の計						
		103	円					
地震保険料控除		地震保険料の計		旧長期損害保険料の計				
		47	円	46	円			
		③⑦ 寡婦控除 ひとり親控除 勤労学生控除		③⑦ □ 寡婦控除 □ 死別 □ 生死不明 □ 离婚 □ 未帰還	③⑦ □ ひとり親控除	③⑧ □ 勤労学生控除 (学校名)		
		③⑧ 障害者控除		フリガナ 氏名 個人番号	障害の程度	級度		
		フリガナ 氏名 個人番号	障害の程度	級度				
配偶者控除・別 配偶者特別控除・同一生 計 配偶者		フリガナ 氏名 個人番号	生年月日	明・大・昭 平・令	.			
		配偶者の合計所得金額		48	円			
		□ 同一生計配偶者(控除対象配偶者を除く。)						
		.						
扶養控除・特定 扶養控除・特定 親族特別控除		フリガナ 氏名 個人番号	生年 月日	明・大・昭 平・令	同居・ 別居の 区分	□ 同居 □ 別居	統柄	
		.				□ 别居	特親	
		.						
		.						
16歳未満の扶養親族 (控除対象外)		フリガナ 氏名 個人番号	生年 月日	明・大・昭 平・令	同居・ 別居の 区分	□ 同居 □ 別居	統柄	
		.				□ 别居	特親	
		.						
		.						
		扶養控除額の合計						

別居の扶養親族等がいる場合には、裏面「12」に氏名、個人番号及び住所を記入してください。

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		保険金などで補填される金額		差引損失額のうち災害関連支出の金額	
		円		円		円	
医療費控除		支払った医療費等		保険金などで補填される金額			
		707	円	708	円		
		差引支払額(707-708)		円			

1 収 入 金 額 等	事 営 業 等	1	
	業 農 業	2	
	不 動 産	5	
	利 子	6	
	配 当	7	
	給 与	8	
	(専 徒 者)	9	
	公的年金等	10	
	業 務	60	
	そ の 他	11	
総合譲渡	12		
長 期	13		
一 時	14		
2 所 得 金 額	事 営 業 等	16	
	業 農 業	17	
	不 動 産	20	
	利 子	21	
	配 当	22	
	給 与	23	「記入不要」
	公的年金等	24	「記入不要」
	業 務	61	
	そ の 他	25	
	合 計	(② + ⑥) + ⑤	/
総合譲渡・一時	26		
合 計	27	「記入不要」	
4 所 得 か ら 差 し 引 か れ る 金 額	社会保険料控除	32	
	小 規 模 企 業 共済等掛金控除	33	
	生命保険料控除	34	「記入不要」
	地震保険料控除	35	「記入不要」
	寡 婦 ひとり親控除	37	「記入不要」
	勤 労 学 生、 障 害 者 控 除	38	「記入不要」
	配偶者(特別)控除	39-40	「記入不要」
	扶 養 控 除	41	「記入不要」
	特定親族特別控除	59	「記入不要」
	基 礎 控 除	42	「記入不要」
③から⑤までの計	/	「記入不要」	
雑 損 控 除	30		
医療費控除	31	「記入不要」	
合 計	(③-⑤までの計 + ⑥ + ⑦)	43	「記入不要」

地方税法附則第4条の5の規定の通知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 給与・公的年金等に係る所得以外の市町村民税・都道府県民税の納税方法

809□ 給与から差引き(特別徴収)
810□ 自分で納付(普通徴収)

令和 8 年度 市民税 府民税 申告 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。⇒ □

※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(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す）、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、年金手帳などのいずれか1点の提示

※令和8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、原本は添付しないでください。

※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）

6 紙与所得の内訳

(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 紙	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			
法人番号又は 所 在 地			
勤 務 先 名			
電 話 番 号			

7 事業・不動産所得に関する事項

8 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
		・		
		・		
		・		

9 雜所得(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

10 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	イ	円
	長期					ロ
	一時					ハ

右上のイの金額を表面の12に、ロの金額を表面の13に、ハの金額を表面の14に記入してください。
右のニの金額を表面の26の所得金額欄へ記入してください。

二、會計 $1 \pm [(0 \pm 1) \times 1/2]$

11 事業専従者に関する事項

1	フリ ガナ	統柄		生年 月日	明・大・昭 平・令			専従者給与 (控除)額			
	氏名										
	個人 番号							従事 月数			
2	フリ ガナ	統柄		生年 月日	明・大・昭 平・令			専従者給与 (控除)額			
	氏名										
	個人 番号							従事 月数			
3	フリ ガナ	統柄		生年 月日	明・大・昭 平・令			専従者給与 (控除)額			
	氏名										
	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			

13 事業税に関する事項

非課税所得など	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	
□ 他都道府県の事務所等		

12 別居の扶養親族等に関する事項

12.別居後の扶養親族等に関する事項									
1	フリ ガナ 氏名	個人 番号						住所	
2	フリ ガナ 氏名	個人 番号						住所	
3	フリ ガナ 氏名	個人 番号						住所	

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	

15 寄附金に関する事項

都道府県、市区町村分 (特例控除対象)	円	
住所地の共同募金会、日赤支会分、都道府県、 市区町村分(特例控除対象以外)		
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、上記に記入せずに別途「寄附金額控除由来金（一）」を提出して下さい。

16 所得金額調整控除に関する事項

個人番号	継柄	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
氏名						

代理申告者 ※本人以外が申告する場合、ご記入ください。	フリガナ 氏名 電話番号	住所 <input type="checkbox"/> 本人と同居の場合□してください
--------------------------------	--------------------	--

「6 給与所得の内訳」欄の記入方法

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

合計を表面の8(給与)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＞

「7 事業・不動産所得に関する事項、8 配当所得に関する事項、9 雜所得(公的年金等以外)に関する事項」欄の記入方法

それぞれ、収入金額と所得金額(収入金額から必要経費を差し引いた額)を、表面の該当の「1 収入金額等」「2 所得金額等」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＞

「11 事業専従者に関する事項」欄の記入方法

事業専従者の氏名・続柄・生年月日・専従者給与(控除)額、個人番号・従事月数を記入してください。

なお、事業専従者と別居の場合は、裏面の「12 別居の扶養親族等に関する事項」に氏名・個人番号・住所を記入してください。

「12 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・個人番号・住所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、特定親族特別控除の対象となる特定親族、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。

「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」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＞

「15 寄附金に関する事項」

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・守口市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＞

「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」について

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・差引負担額を別紙にまとめた明細を作成してください。

支払った医療費等の計、左のうち生命保険や社会保険等で補填される金額の計を表面の「707支払った医療費等」「708 保険金などで補填される金額」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「医療費控除」欄の「区分」の□に「1」と記入してください。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。