



現住所		フリガナ	
5年1月1日現在の住所	同上	氏名	
業種又は職業		電話番号	
		自宅・勤務先・携帯	
		生年月日	明・大 昭・平・令

前年中に収入がなかった方等はうら面「17 通信欄」に記入してください。

4 所得から差し引かれる金額に関する事項	13 社会保険料支払金額	国民健康保険税	後期高齢者医療保険料	介護保険料	円		
		国民年金	その他( )	社会保険料合計	円		
		15 生命保険料支払金額	新生命保険料	新個人年金保険料	介護医療保険料	円	
	16 地震保険料支払金額	地震保険料	旧長期損害保険料		円		
		17 ひとり親控除 寡婦控除	<input type="checkbox"/> ひとり親控除	寡婦控除	<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> 離婚		
	18 障害者控除	学校名	氏名	障害の程度	控除額	万円	
		本人、配偶者、扶養親族(16歳未満を含む)	<input type="checkbox"/> 特別障害(身体 精神 級) <input type="checkbox"/> 普通障害(療育 他 級)			万円	
	19 配偶者控除 配偶者特別控除 同一生計配偶者	氏名	生年月日	配偶者の合計所得		円	
		氏名	生年月日	居住の別	続柄	控除額	万円
	20 扶養控除 16歳未満の扶養親族	氏名	生年月日	居住の別	続柄	控除額	万円
		氏名	生年月日	居住の別	続柄	控除額	万円
		氏名	生年月日	居住の別	続柄	控除額	万円
		氏名	生年月日	居住の別	続柄	控除額	万円
		氏名	生年月日	居住の別	続柄	控除額	万円
		氏名	生年月日	居住の別	続柄	控除額	万円
	23 雑損控除	A 損害金額	B 保険金などで補填される金額	C 差引損失額(A-B)		円	
		損害の原因	損害年月日	損害を受けた資産の種類	差引損失額(C)のうち災害関連支出の金額	円	
		24 医療費控除	支払った医療費	保険金などで補填される金額	セルフメディケーション税制の適用を選択する場合はチェックを記入してください。		円
	5 給与所得と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・県民税の納付方法	<input type="checkbox"/> 給与から天引き(特別徴収) <input type="checkbox"/> 自分で納付(普通徴収)					
		うら面にも記入欄があります。					
		ここに源泉徴収票、医療費、生命保険料等の支払明細書を貼ってください。					
		◎市民税・県民税の申告期限は 3月15日 です。					

1 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	
2 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	(⑦+⑧+⑨)
		総合譲渡・一時	⑪	コ+{(サ+シ)×1/2}
		合計	⑫	
3 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		
	ひとり親・寡婦控除	⑰		
	勤労学生控除	⑱		
	障害者控除	⑲		
	配偶者控除	⑲		
	配偶者特別控除	⑲		
	扶養控除	⑳		
	基礎控除	㉑		
		⑬から㉑までの計	㉒	
	雑損控除	㉓		
	医療費控除	㉔		
	合計	㉕	(㉒+㉓+㉔)	

**6 給与所得の内訳**

(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。)

勤務先	名称				
	所在地				
	電話				
月	日	給	勤務日数	月	収
1		円			円
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
賞与等					円
収入金額合計					円

**7 事業・不動産所得に関する事項**

(うら面)

所得の種類	所得の生ずる場所	収入金額	必要経費	青色申告 特別控除額
		円	円	円

**8 配当所得に関する事項**

配当所得の種類	所得の生ずる場所	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

**9 雑所得（公的年金等以外）に関する事項**

種目	所得の生ずる場所	収入金額	必要経費
		円	円

**10 総合譲渡・一時所得の所得金額等に関する事項**

		A 収入金額	B 必要経費	C 差引金額(A-B)	D 特別控除額	所得金額(C-D) おもて面 コ・サ・シ欄へ	合計 コ+{(サ+シ)×1/2} おもて面 @欄へ
総合譲渡	短期	円	円	円	円	コ	円
	長期					サ	円
一時						シ	円

**11 事業専従者に関する事項**

氏名	生年月日	続柄	専従者給与(控除)額
	明・大・昭・平 年 月 日		円
個人番号			従事月数 月
	明・大・昭・平 年 月 日		円
個人番号			従事月数 月
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 円

**12 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
<input type="checkbox"/> 他都道府県の事務所等		

**13 上場株式等の配当所得等及び譲渡所得等に関する事項**

1 上場株式等に係る配当所得・譲渡所得金額を総所得金額等を含め、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、右の各欄を記入してください。	配当割額控除額	円
2 上場株式等に係る配当所得・譲渡所得の市民税・県民税の課税方式について、所得税と異なる方式を選択する場合は、右の各欄にチェックを記入してください。	株式等譲渡所得割額控除額	
	配当所得	<input type="checkbox"/> 申告不要制度 <input type="checkbox"/> 分離課税 <input type="checkbox"/> 総合課税
	譲渡所得	<input type="checkbox"/> 申告不要制度 <input type="checkbox"/> 分離課税

**14 別居の扶養親族等に関する事項**

氏名	住所

**15 寄附金に関する事項**

寄附先	寄附金額
都道府県、市区町村分(ふるさと納税分)	円
新潟県共同募金会、日赤新潟県支部	
新潟県条例指定分	
十日町市条例指定分	

**16 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	別居の場合の住所
		明・大 昭・平・令	級 度	

**17 通信欄**

**前年中収入がなかった方等は記入してください。**  
(該当する番号を○で囲み記入してください。)

- 次の方に扶養されていた(仕送り・援助にて生活)
 

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ あなたの続柄 \_\_\_\_\_
- A遺族年金・B障害年金・C雇用保険・D恩給等で生活していた(該当するものを○で囲んでください。)
- 生活保護法による扶助を受けていた
- その他(どのように生計を立てていたかわかるように具体的に記入してください。)(下記の例に該当するものがあれば○で囲んでください。)  
例:貯金を取り崩して生活していた 例:児童扶養手当をもらっていた  
例:養育費をもらっていた

(切り取らないでください。)