

令和2年度 市・県民税申告のお知らせ

令和2年度の市・県民税は、平成31年1月1日から令和元年12月31日までの所得等の状況により課税されます。以下の内容をご確認いただき、申告の必要な方は3月16日(月)までに申告の手続きをお願いします。

～このお知らせと市・県民税申告書が郵便で届いた方へ～

昨年、市・県民税申告書を提出された方で、今年も申告の必要があると思われる方に対し、「市・県民税申告のお知らせ」と「市・県民税申告書」をお送りしています。

このお知らせをお読みいただき、今年も申告が必要な場合には、市・県民税申告書を記入した上で、申告期限までに郵送または申告会場で提出してください。

※必要な書類をご準備のうえ、申告してください（2ページ参照）。

※届いた方全員に申告の義務があるわけではありません。

※申告書の太枠の中を記入し、必要書類を添付していただければ、郵送で申告できます。

（営業・農業・不動産所得以外の所得や、控除の金額は記入しなくてもかまいません。）

※郵送の場合で申告書の控えが必要な方は、切手を貼った返信用封筒を同封してください。

◆市・県民税申告をしなければならない方

○令和2年1月1日時点で佐賀市に居住している（していた）方
※収入がなかった方も、収入がなかった旨の申告が必要です。

○令和2年1月1日時点で佐賀市に事業所や家屋敷を有する方



○ただし、次の方は、市・県民税申告の必要はありません。

- ・令和元年分の所得税の確定申告をする（した）方
- ・令和元年中の収入は「給与」のみで、給与の支払者（勤務先）から市役所に「給与支払報告書」が提出されている方
- ・令和元年中の収入は「公的年金等（障害年金、遺族年金を除く）」のみで、年金支払者から交付された「令和元年分公的年金等源泉徴収票」に記載された所得控除以外の所得控除を受けない方
※公的年金等の源泉徴収票に記載されていない控除（社会保険料控除、生命保険料控除、医療費控除など）を受けようとする場合は、市・県民税申告書を提出してください。

◇提出前にラストチェック！

- 市・県民税申告書の太枠の中をすべて記入し、押印しましたか？
- 個人番号（マイナンバー）を記入しましたか？
- 「申告者が扶養している親族について」欄に、扶養している配偶者や親族の名前を記入しましたか？
- 医療費控除の明細書（またはセルフメディケーション税制の明細書）は作成しましたか？
- 代理申告等の場合、代理申告者等の名前を、「※あなたが申告者でない場合は氏名・続柄を記入してください」欄すぐ下の「氏名」の欄に記入しましたか？
- 【郵送の場合】本人確認書類、収入や控除に必要な書類は全て準備しましたか？
申告書と申告に必要な書類は一緒に封筒に入れましたか？
- 【郵送の場合】申告書の控えが必要な方は、切手を貼った返信用封筒を入れましたか？

◆市・県民税申告にあたって

※申告に必要な書類がないと受付できない場合があります

◇申告に必要なもの

①令和2年度市・県民税申告書 ※申告会場にも用意しています。

②印鑑

③マイナンバーと身元が確認できる書類

④令和元年中の収入を証明する書類

・給与・年金収入のある方

給与、年金（障害年金、遺族年金以外）所得の源泉徴収票（支払者の証明書）

・営業等・農業・不動産所得のある方

収支内訳書（市・県民税申告書の裏面に記載していれば不要）、帳簿、経費の書類等

・その他の収入のある方

収入金額と必要経費が証明できるもの

⑤控除に関する書類

・社会保険料控除を受ける方

証明する書類（国民健康保険税・後期高齢者医療保険料・介護保険料の納付確認票、国民年金保険料の控除証明書など）

・生命保険料控除、地震保険料控除を受ける方

保険会社等が発行する控除証明書

・障害者控除を受ける方

障害者手帳等（コピー可）または障害者控除対象者認定書

・寄附金等その他の控除を受ける方

証明書または領収書

・医療費控除を受ける方

医療費控除の明細書

医療費控除を受ける方は医療費控除の明細書の添付が必要です。（医療費の領収書は提出不要ですが、5年間保存してください。）

医療費控除の明細書については市役所本庁市民税課、各申告会場、佐賀税務署に設置しているほか、国税庁HPにも掲載されています。

※ご不明な点は、市民税課までお問い合わせください。

・医療費控除の特例（セルフメディケーション税制）の適用を受ける方

セルフメディケーション税制の明細書及び一定の取組を行ったことが分かる書類

・国外居住の扶養親族がいる方

親族関係書類と送金関係書類（書類の詳細については、市民税課にお尋ねください。）

※給与等の年末調整または公的年金等の扶養親族等申告書の提出において、親族関係書類と送金関係書類を提出または提示した場合、市・県民税申告書に添付または提示する必要はありません。

※営業等所得・農業所得・不動産所得のある方は、裏面の収支内訳書欄に記入してください。

※申告書を提出（郵送）する際、④⑤の書類を必ず添付してください。

※ふるさと納税ワンストップ特例の申請後に、市・県民税申告をされる場合は、「○寄附金に関する事項」欄に記入し、寄附金受領証明書を添付してください。

※申告会場で申告される方で、昨年の申告書の写しをお持ちの方は持参してください。

※申告書を郵送される場合、添付書類は返却できませんので、必要な方は事前にコピーを取っておいてください。

※郵送の場合で、申告書の控えが必要な方は、切手を貼った返信用封筒を必ず同封してください。

※郵送による提出は申告期間前でも受け付けています。郵送する際には、申告書と申告に必要な書類は、必ず一緒にお送りください。

◆個人番号（マイナンバー）

個人番号（マイナンバー）を記入してください。また、申告者の本人確認のためにマイナンバーと身元が確認できる書類の原本の提示をお願いします。

※郵送の場合は、本人確認書類（マイナンバーカードは両面）の写しを同封してください。

◆寄附金税額控除（都道府県、市区町村分）【令和2年度から一部改正されます。】

ふるさと納税指定制度の創設により、指定対象外の自治体に対して、令和元年6月1日以降に支出した寄附金がふるさと納税（特例控除）の対象外になります。

※ふるさと納税については総務省のホームページをご確認ください。

◆住宅借入金等特別税額控除（住宅ローン控除）【令和2年度から一部改正されます。】

消費税率の引き上げに伴い、住宅借入金等特別控除の特例措置として、新たに「特別特定取得」が創設されました。特別特定取得とは、住宅の取得等に係る対価の額又は費用の額に含まれる消費税額等相当額が税率引き上げ後の10%の税率で課されるべきもので、かつ令和元年10月1日から令和2年12月31日までに居住を開始することで適用されます。

特別特定取得と認められた場合、特例措置の控除期間が従来の10年から13年に拡大されます。

◆控除に関する資料について（お知らせ）

◇国民健康保険税・後期高齢者医療保険料・介護保険料について

令和元年中に納付された国民健康保険税、後期高齢者医療保険料、介護保険料は、「社会保険料控除」の対象となります。納付確認票は1月下旬に送付（国民健康保険税は令和元年11月に送付済み）されます。納付確認票に含まれない納付済みの保険税（保険料）がある場合は、領収書が必要です。

◎お問い合わせ 国民健康保険税……… 本庁 保険年金課 国保税二係 電話40-7273
後期高齢者医療保険料…本庁 保険年金課 後期高齢者医療係 電話40-7274
介護保険料……………佐賀中部広域連合 業務課 賦課収納係 電話40-1135

◇国民年金保険料について

令和元年中に納付された国民年金保険料は、「社会保険料控除」の対象となります。厚生労働省年金局から国民年金保険料控除証明書が送付されます。

◎お問い合わせ ねんきん加入者ダイヤル 電話0570-003-004
日本年金機構佐賀年金事務所 電話31-4191

◇障害者控除対象者認定書の発行について

身体障害者手帳や療育手帳をお持ちでない方でも、「障害者控除対象者認定書」の提示により、市・県民税や所得税の「障害者控除」を受けることができます。この認定書は、認知症や老化による肢体不自由、寝たきりなどの障がいのある65歳以上の方で、その障がいの程度が障害者手帳等の交付を受けている方の障がい程度に準ずるものとして市長が認定した場合に発行されます。詳しくは下記へお問い合わせください。

◎お問い合わせ 障がい福祉課 障がい総務係 電話40-7251
高齢福祉課 長寿推進係 電話40-7253

◆市・県民税申告書の書き方

受付印

令和2年度 市・県民税申告書（国民健康保険税）

| 申告者 | (現住所) | 性別 | 男・女 | 明・大・昭・平・令 | 自宅・携帯・勤務先 | 控 要 不要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|------------------------|--------------|----|------|-------|------|---------|--|-------|----|------|--|-------|----|------|--|-------|----|----|----|--|----|------|----|--|----|------------|--|--|----|----------------|---|---|---------------|---------|-------------------|--|--|----|----|--|--|--------|--|--|------------|-------|------------------------|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|------|-------|-------------|--|--|-----|--|-----|--------|--------|--|--|--|--|-----|------|--------|-------------|------------|--|--|----|--|--|------|--------|----------|-----------|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|----|-------|---------|--|------------|---------|--|--|--|----|--|----|--|--|--|-----|--|--|------------|-------|--|--|--|----|--|--|--|--|--|-----|------------------------------|--|----|-------|--|--|-------|----|---|--|--|--|--|----|-----|---|--|--|--|--|------|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|
| | | 年月日 | 年月日 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 該当する場合□に○をつけてください(令和元年12月31日時点) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 寡婦寡夫 | <input type="checkbox"/> 死別した後、再婚していない | <input type="checkbox"/> 離婚した後、再婚していない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1月1日の住所 | | □同上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※あなたが申告者でない場合は氏名・統柄を記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | <input type="checkbox"/> | 統柄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 整理番号 | | <input type="checkbox"/> ※職員記入欄 <input type="checkbox"/> 代理権確認 <input type="checkbox"/> 番号確認 <input type="checkbox"/> 身元確認 <input type="checkbox"/> 返封有・無 <input type="checkbox"/> 返送済(/) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○申告者が扶養している親族について <input type="checkbox"/> 扶養親族はない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | 統柄 | 生年月日 | 同居 明・大・昭・平・令 | 障害 同居 別居 (国外) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | 年月日 | <input type="checkbox"/> 資料なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | 明・大・昭・平・令 | <input type="checkbox"/> 資料なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | 年月日 | <input type="checkbox"/> 資料なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | 明・大・昭・平・令 | <input type="checkbox"/> 資料なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | 年月日 | <input type="checkbox"/> 資料なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | 明・大・昭・平・令 | <input type="checkbox"/> 資料なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | 年月日 | <input type="checkbox"/> 資料なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※上記で別居の方がいる場合は、裏面に住所を記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○事業専従者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | 統柄 | 生年月日 | 専従者給与(性除)額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 明・大・昭・平・令 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | 年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 雇用保険、障害年金、遺族年金などの非課税収入があった場合は、こちらに○をつけてください。書類の添付は必要ありません。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○住宅借入金等特別税額控除に関する事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居住開始年月日 | | □特定期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住宅借入金等特別控除可能額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○寄附金に関する事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 都道府県分、市区町村分(特例控除対象) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 佐賀県内の共同募金、日本赤十字社、都道府県、市区町村分(特例控除対象外) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 条例指定分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○上場株式等の配当所得等、上場株式等の譲渡所得等について確定申告と異なる申告に関する事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 申告不要 <input type="checkbox"/> 総合課税 <input type="checkbox"/> 分離課税 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○配当割額または株式等譲渡所得割額の控除に関する事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配当割額控除額 95 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 株式等譲渡所得割額控除額 89 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○給与・公的年金以外(令和2年4月1日において65歳未満の方は給与以外)の所得に係る市・県民税の納稅方法 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 給与から差引き <input type="checkbox"/> 自分で納付 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 該当する場合□に○をつけてください(令和元年12月31日時点) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 寡婦寡夫 | <input type="checkbox"/> 死別した後、再婚していない | | <input type="checkbox"/> 離婚した後、再婚していない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害者手帳等 | <input type="checkbox"/> 身体級 | | <input type="checkbox"/> 療育A・B | | ※職員記入欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 精神級 | | <input type="checkbox"/> その他() | | 資料なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 学生であつた | <input type="checkbox"/> 学校名(学年) | | (学年) | | 年 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○収入状況(昨年中、収入がありましたか?該当するものを○で囲んでください) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない → 裏面の「参考事項」に記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>種目</th> <th>収入金額</th> <th>必要経費等</th> <th>所得金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>事業 営業等☆</td> <td></td> <td>裏面に記載</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>農業業☆</td> <td></td> <td>裏面に記載</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>不動産☆</td> <td></td> <td>裏面に記載</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>給与</td> <td>40</td> <td></td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>公的年金</td> <td>72</td> <td></td> <td>73</td> </tr> <tr> <td>その他(個人年金等)</td> <td></td> <td></td> <td>08</td> </tr> <tr> <td>一時所得(生命保険満期金等)</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>(A-B-50万)×1/2</td> </tr> <tr> <td>上記以外の所得</td> <td colspan="3">利子・配当・総合譲渡(長期・短期)</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td colspan="3">10</td> </tr> <tr> <td>分離課税所得</td> <td colspan="2">譲渡(長期・短期) 株式等譲渡(上場・一般) 分離配当等・先物取引・山林</td> <td>特控前 特控後</td> </tr> <tr> <td>非課税収入</td> <td colspan="3">A雇用保険 B障害年金 C遺族年金 D()</td> </tr> <tr> <td colspan="7">○所得控除金額</td> </tr> <tr> <td colspan="7">所得控除に関する事項</td> </tr> <tr> <td>損傷金額</td> <td>補てん金額</td> <td colspan="3">※市・県民税は税額控除</td> <td colspan="2">控除額</td> </tr> <tr> <td>寄附金</td> <td>寄附先の名称</td> <td colspan="3">寄附金額の計</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>医療費</td> <td>A支払額</td> <td>B補てん金額</td> <td>C所得5%から10万円</td> <td colspan="3">控除額(A-B-C)</td> </tr> <tr> <td>選択</td> <td><input type="checkbox"/>医療費控除 <input type="checkbox"/>の特例</td> <td><input type="checkbox"/>取組 <input type="checkbox"/>資料なし</td> <td>A支払額</td> <td>B補てん金額</td> <td>C(A-B-C)</td> <td>最大88,000円</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>12,000</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>社会保険料等控除</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>国民年金</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>被扶養者との合計</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>社会保険料等控除</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>年金保険料の計</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>うり・小保険料等控除</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>14</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>年金保険料の計</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>介護医療保険料の計</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>生命保険料控除</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>86</td> </tr> <tr> <td>地震保険料</td> <td colspan="2">地震保険料の計</td> <td>旧長期損害保険料の計</td> <td colspan="3">地震保険料控除</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">36</td> <td>36</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>配偶者</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/>同一生計配偶者(控除対象配偶者を除く)</td> <td>配偶者の合計所得金額</td> <td colspan="3">配偶者控除</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">91</td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>障害者</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/>本法人</td> <td>扶養</td> <td colspan="3">障害者控除</td> </tr> <tr> <td>寡婦寡夫等</td> <td>特1</td> <td>同</td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>扶養</td> <td>特定人</td> <td>同</td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>基礎控除</td> <td colspan="2"></td> <td>合</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="7">合計所得金額が1000万円を超える方で、同一生計配偶者がいる場合はチェックをして、「○申告者が扶養している親族について」欄に氏名等を記入してください。</td> </tr> </tbody></table> | | | | | | | 種目 | 収入金額 | 必要経費等 | 所得金額 | 事業 営業等☆ | | 裏面に記載 | 01 | 農業業☆ | | 裏面に記載 | 02 | 不動産☆ | | 裏面に記載 | 04 | 給与 | 40 | | 07 | 公的年金 | 72 | | 73 | その他(個人年金等) | | | 08 | 一時所得(生命保険満期金等) | A | B | (A-B-50万)×1/2 | 上記以外の所得 | 利子・配当・総合譲渡(長期・短期) | | | 合計 | 10 | | | 分離課税所得 | 譲渡(長期・短期) 株式等譲渡(上場・一般) 分離配当等・先物取引・山林 | | 特控前 特控後 | 非課税収入 | A雇用保険 B障害年金 C遺族年金 D() | | | ○所得控除金額 | | | | | | | 所得控除に関する事項 | | | | | | | 損傷金額 | 補てん金額 | ※市・県民税は税額控除 | | | 控除額 | | 寄附金 | 寄附先の名称 | 寄附金額の計 | | | | | 医療費 | A支払額 | B補てん金額 | C所得5%から10万円 | 控除額(A-B-C) | | | 選択 | <input type="checkbox"/> 医療費控除 <input type="checkbox"/> の特例 | <input type="checkbox"/> 取組 <input type="checkbox"/> 資料なし | A支払額 | B補てん金額 | C(A-B-C) | 最大88,000円 | | | | | | 12,000 | | | | | | | | 社会保険料等控除 | | | | | | | 国民年金 | | | | | | | 被扶養者との合計 | | | | | | | 社会保険料等控除 | | | | | | | 年金保険料の計 | | | | | | | うり・小保険料等控除 | | | | | | | 14 | | | | | | | 年金保険料の計 | | | | | | | 介護医療保険料の計 | | | | | | | 生命保険料控除 | | | | | | | 86 | 地震保険料 | 地震保険料の計 | | 旧長期損害保険料の計 | 地震保険料控除 | | | | 36 | | 36 | | | | 配偶者 | <input type="checkbox"/> 同一生計配偶者(控除対象配偶者を除く) | | 配偶者の合計所得金額 | 配偶者控除 | | | | 91 | | | | | | 障害者 | <input type="checkbox"/> 本法人 | | 扶養 | 障害者控除 | | | 寡婦寡夫等 | 特1 | 同 | | | | | 扶養 | 特定人 | 同 | | | | | 基礎控除 | | | 合 | | | | 合計所得金額が1000万円を超える方で、同一生計配偶者がいる場合はチェックをして、「○申告者が扶養している親族について」欄に氏名等を記入してください。 | | | | | | |
| 種目 | 収入金額 | 必要経費等 | 所得金額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業 営業等☆ | | 裏面に記載 | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 農業業☆ | | 裏面に記載 | 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 不動産☆ | | 裏面に記載 | 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給与 | 40 | | 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公的年金 | 72 | | 73 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他(個人年金等) | | | 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一時所得(生命保険満期金等) | A | B | (A-B-50万)×1/2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記以外の所得 | 利子・配当・総合譲渡(長期・短期) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 分離課税所得 | 譲渡(長期・短期) 株式等譲渡(上場・一般) 分離配当等・先物取引・山林 | | 特控前 特控後 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 非課税収入 | A雇用保険 B障害年金 C遺族年金 D() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○所得控除金額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所得控除に関する事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 損傷金額 | 補てん金額 | ※市・県民税は税額控除 | | | 控除額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 寄附金 | 寄附先の名称 | 寄附金額の計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療費 | A支払額 | B補てん金額 | C所得5%から10万円 | 控除額(A-B-C) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 選択 | <input type="checkbox"/> 医療費控除 <input type="checkbox"/> の特例 | <input type="checkbox"/> 取組 <input type="checkbox"/> 資料なし | A支払額 | B補てん金額 | C(A-B-C) | 最大88,000円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 12,000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 社会保険料等控除 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 国民年金 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 被扶養者との合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 社会保険料等控除 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 年金保険料の計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | うり・小保険料等控除 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 年金保険料の計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 介護医療保険料の計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 生命保険料控除 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 86 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地震保険料 | 地震保険料の計 | | 旧長期損害保険料の計 | 地震保険料控除 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 36 | | 36 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者 | <input type="checkbox"/> 同一生計配偶者(控除対象配偶者を除く) | | 配偶者の合計所得金額 | 配偶者控除 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 91 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害者 | <input type="checkbox"/> 本法人 | | 扶養 | 障害者控除 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 寡婦寡夫等 | 特1 | 同 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 扶養 | 特定人 | 同 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 基礎控除 | | | 合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計所得金額が1000万円を超える方で、同一生計配偶者がいる場合はチェックをして、「○申告者が扶養している親族について」欄に氏名等を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

裏面に収支内訳書の記入欄があります。営業等・農業・不動産の収支がある方は記入してください。

◇申告書記入の注意事項

市・県民税申告書の太枠部分（記入例の赤い枠）は、必ず記入してください。
同封する資料は市・県民税申告書に貼らないでください。（必要書類は2ページ参照）

◇個人番号（マイナンバー）について

申告する本人の個人番号欄、扶養親族の個人番号欄、事業専従者の個人番号欄は、各々のマイナンバーを正確に記入してください。

◇住所・氏名について

現在お住まいの住所と令和2年1月1日時点の住所が異なる場合は、「1月1日の住所」欄に1月1日時点の住所を記入してください。

代理申告等の場合には、代理申告者等の名前を申告者欄下の「氏名」の欄に記入してください。
申告書を郵送される方で控えが必要な方は、切手を貼った返信用封筒を必ず同封してください。

◇申告者自身について

寡婦（夫）控除や障害者控除などが適用できるかを確認するために記入していただくものです。
申告者自身の令和元年12月31日時点の状況について、該当する項目にチェックしてください。
障害者手帳などをお持ちの場合は、該当する項目にチェックしてその等級（療育の場合はAかBに○）を記入してください。

◇扶養親族について

同一生計配偶者や16歳未満の扶養親族についても名前を記入してください。（非課税基準判定や障害者控除等に関係してきます。）

扶養親族の方が障害者手帳などをお持ちの場合は、その等級を記入してください。

◇収入状況について

収入の「ある」「ない」に○を付けた後、該当する収入に○を付けてください。
金額等は記入しなくてもかまいませんが、2ページの「市・県民税申告にあたって」をお読みになり、必要書類を添付してください。
※給与所得者で源泉徴収票が無い場合には、裏面の「源泉徴収票がない方の給与収入内訳」に給与内容を記入してください。

◇所得控除金額について

金額等は記入しなくてもかまいませんが、2ページの「市・県民税申告にあたって」をお読みになり、必要書類を添付してください。

※医療費控除を受ける方は、医療費控除の明細書またはセルフメディケーション税制の明細書を添付してください。

◇佐賀市のホームページで申告書の作成ができます

お手持ちの書類の情報を入力するだけで、申告書の作成、来年度の税額の試算ができます。
是非ご利用ください。

◎佐賀市ホームページから

「目的から探す」→「税金」→「個人市民税」

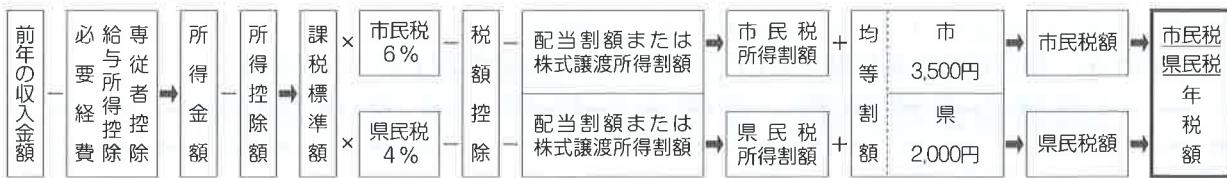
→「市・県民税申告書の作成と税額試算」へ進んでください。



市県民税の計算方法と税率

○税額の計算方法

※分離課税の所得がある場合は計算方法が異なります。



○均等割額

| | | | |
|-----|------------------------|-----|----------------------------------|
| 市民税 | 3,500円 (内復興特別税500円) | 県民税 | 2,000円 (内森林環境税500円、復興特別税500円) |
|-----|------------------------|-----|----------------------------------|

○所得割の税率（総合課税分）

| | |
|-----|----|
| 市民税 | 6% |
| 県民税 | 4% |

※分離課税分は所得の種類により異なります。

◆所得の種類

| 種類 | | 概要 | 備考 |
|-----------|--|--|--|
| 事業所得 | 営業等 | 卸売業、小売業、飲食業、サービス業、漁業や医師、弁護士、税理士、大工、左官、保険外交等の営業など、事業による所得 | 営業等、農業、不動産の所得は、収入金額（※）から必要経費（※）を差し引いた金額となります。申告書裏面の収支内訳書を記入してください。また、事業専従者控除を受ける場合は、申告書に事業専従者の氏名、個人番号、続柄、生年月日、専従者給与（控除）額を記入してください。 ※収入金額 昨年中に収入を得ることが確定した金額です。 ※必要経費 収入を得るために直接要した経費です。 家事に要した費用は含みません。 (例)仕入原価、土地建物の賃借料、減価償却費、雇人費、借入金の利子、修繕費、公租公課（所得税、市県民税は除く。） |
| | 農業 | 田、畠、果樹、養豚、養鶏等による所得 | |
| 不動産所得 | 不動産所得 | 貸家、貸間、貸アパート、貸地、貸店舗、小作料等による所得 | |
| | 給与所得 | 給料、賃金、賞与等による所得 | 源泉徴収票または給与支払明細書等を添付してください。証明書のない方は申告書裏面の欄に記入してください。 ※所得金額は、収入金額をもとに下表の速算表から算出できます。 |
| 雑所得 | 公的年金 | 公的年金等による所得 | 公的年金等の源泉徴収票を添付してください。 ※所得金額は、収入金額をもとに下表の速算表から算出できます。 |
| | その他 | 互助年金、個人年金契約に基づく個人年金、原稿料、印税、講演料等による所得 | 雑（その他）の所得は、収入金額から必要経費を差し引いた金額となります。必要書類を添付してください。 |
| 一時所得 | 生命保険の満期受取金、賞金、懸賞当せん金、競馬等の払戻金等による所得 | | 一時所得は、収入金額から必要経費を差し引き、さらに、50万円を差し引いた額を2分の1した金額（マイナスの時は0）になります。必要書類を添付してください。 |
| | 利子所得 | 公社債、預貯金の利子、公社債投資信託や貸付信託等の分配金の一部（日本国外の銀行等に預けた預金利子等） | 所得税において源泉分離課税となったものは申告の必要はありません。特定公社債等の利子等は、申告分離課税か申告不要を選択できます。 |
| 配当所得 | 株式配当、出資配当等の所得 | | 配当割額に関する事項は申告書表面に記入します。また、上場株式の配当所得について、確定申告と異なる申告をする場合は申告書左下の記入欄にチェックをしてください。 |
| 総合課税の譲渡所得 | 車輌、機械、ゴルフ会員権等の資産の譲渡による所得 | | ※土地建物等の譲渡は分離課税です。 |
| 分離課税所得 | 土地・建物等の譲渡、株式等の譲渡（上場・一般）、上場株式等の配当等、先物取引等による所得 | | 株式等譲渡所得割額に関する事項は申告書表面に記入します。上場株式等の譲渡所得等について、確定申告と異なる申告をする場合は申告書左下の記入欄にチェックをしてください。 |

○給与所得金額速算表（給与収入がある方の所得換算表）

| 給与収入金額の合計額 | 給与所得金額 | 給与収入金額の合計額 | 給与所得金額 |
|----------------------|---------------|----------------------|-------------------------------------|
| 650,999円までの金額 | 0円 | 1,628,000～1,799,999円 | 収入金額を4で割って千円未満の端数を切り捨ててください=A × 2.4 |
| 651,000～1,618,999円 | 収入金額-650,000円 | 1,800,000～3,599,999円 | A × 2.8-180,000円 |
| 1,619,000～1,619,999円 | 969,000円 | 3,600,000～6,599,999円 | A × 3.2-540,000円 |
| 1,620,000～1,621,999円 | 970,000円 | 6,600,000～9,999,999円 | 収入金額×0.9-1,200,000円 |
| 1,622,000～1,623,999円 | 972,000円 | 10,000,000円以上の金額 | 収入金額-2,200,000円 |
| 1,624,000～1,627,999円 | 974,000円 | | |

○公的年金等所得金額速算表（公的年金を受給されている方の所得換算表）

| 受給者の年齢 | その年中の公的年金等の収入金額の合計額(A) | 公的年金等所得金額 |
|----------------------------|------------------------|--------------------|
| 65歳以上の人 (S 30. 1. 1以前生) | 330万円未満の金額 | (A)-1,200,000円 |
| | 330万円以上410万円未満 | (A)×75%-375,000円 |
| | 410万円以上770万円未満 | (A)×85%-785,000円 |
| | 770万円以上の金額 | (A)×95%-1,555,000円 |
| 65歳未満の人 (S 30. 1. 2以後生) | 130万円未満の金額 | (A)-700,000円 |
| | 130万円以上410万円未満 | (A)×75%-375,000円 |
| | 410万円以上770万円未満 | (A)×85%-785,000円 |
| | 770万円以上の金額 | (A)×95%-1,555,000円 |

◆所得控除（所得から差し引かれる金額）

| 種類 | 内容 | | | | 控除額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|--------------------|---------------|--------------------|-----------------------|--|--------------------|------------------------|--|--------------|---------|--|---|--------------------|---------------|--------------------|-----------------------|--|--------------------|------------------------|--|--------------|---------|--|
| 雑損控除 | 前年中、本人または生計を同一にする親族が災害等により日常生活に必要な資産に損害を受けたとき (控除額は、右の2つの算出式のうちのいずれか多い金額) | | | | ①(損失額+災害関連支出額-保険金等の補てん額)-総所得金額等の合計額×10% ②災害関連支出額-5万円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療費控除 | 前年中、本人または生計を同一にする親族のために医療費等を支払ったとき (医療費控除と医療費控除の特例(セルフメディケーション税制)は同時に受けられません) | 医療費控除 (最高200万円) | (支払った医療費等の総額-保険金等の補てん額)-(総所得金額等の合計額の5%か10万円のいずれか低い額) | 医療費控除の特例 (最高88,000円) | (特定一般用医薬品等購入費-保険金等の補てん額)-12,000円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 社会保険料控除 | 前年中、本人または生計を同一にする親族のために社会保険料(国民健康保険税、後期高齢者医療保険料、介護保険料、国民年金保険料など)を支払ったとき | | | | 支払った金額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小規模企業共済等掛金控除 | 前年中、本人が小規模企業共済契約(旧第二種共済契約を除く)に基づく掛金、心身障害者扶養共済制度に基づく掛金を支払ったとき | | | | 支払った金額 ※本人名義分のみ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生命保険料控除 ※【新契約】と【旧契約】の双方について適用を受ける場合、控除額はそれぞれ右の式にあてはめ算出した控除額の合計額になります。 (最高28,000円) | <table border="1"> <tr> <td>【新契約】平成24年1月1日以後に契約したもので、前年中に生命保険料・個人年金保険料・介護医療保険料を支払ったとき (合計で最高7万円)</td> <td>支払金額が 12,000円以下</td> <td>支払った保険料の金額の全額</td> </tr> <tr> <td>// 12,001円～32,000円</td><td>支払った保険料の金額×1/2+6,000円</td><td></td> </tr> <tr> <td>// 32,001円～56,000円</td><td>支払った保険料の金額×1/4+14,000円</td><td></td> </tr> <tr> <td>// 56,001円以上</td><td>28,000円</td><td></td> </tr> <tr> <td>【旧契約】平成23年12月31日以前に契約したもので、前年中に生命保険料や個人年金保険料を支払ったとき (合計で最高7万円)</td><td>支払金額が 15,000円以下</td><td>支払った保険料の金額の全額</td> </tr> <tr> <td>// 15,001円～40,000円</td><td>支払った保険料の金額×1/2+7,500円</td><td></td> </tr> <tr> <td>// 40,001円～70,000円</td><td>支払った保険料の金額×1/4+17,500円</td><td></td> </tr> <tr> <td>// 70,001円以上</td><td>35,000円</td><td></td> </tr> </table> | | | | 【新契約】平成24年1月1日以後に契約したもので、前年中に生命保険料・個人年金保険料・介護医療保険料を支払ったとき (合計で最高7万円) | 支払金額が 12,000円以下 | 支払った保険料の金額の全額 | // 12,001円～32,000円 | 支払った保険料の金額×1/2+6,000円 | | // 32,001円～56,000円 | 支払った保険料の金額×1/4+14,000円 | | // 56,001円以上 | 28,000円 | | 【旧契約】平成23年12月31日以前に契約したもので、前年中に生命保険料や個人年金保険料を支払ったとき (合計で最高7万円) | 支払金額が 15,000円以下 | 支払った保険料の金額の全額 | // 15,001円～40,000円 | 支払った保険料の金額×1/2+7,500円 | | // 40,001円～70,000円 | 支払った保険料の金額×1/4+17,500円 | | // 70,001円以上 | 35,000円 | |
| 【新契約】平成24年1月1日以後に契約したもので、前年中に生命保険料・個人年金保険料・介護医療保険料を支払ったとき (合計で最高7万円) | 支払金額が 12,000円以下 | 支払った保険料の金額の全額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| // 12,001円～32,000円 | 支払った保険料の金額×1/2+6,000円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| // 32,001円～56,000円 | 支払った保険料の金額×1/4+14,000円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| // 56,001円以上 | 28,000円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【旧契約】平成23年12月31日以前に契約したもので、前年中に生命保険料や個人年金保険料を支払ったとき (合計で最高7万円) | 支払金額が 15,000円以下 | 支払った保険料の金額の全額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| // 15,001円～40,000円 | 支払った保険料の金額×1/2+7,500円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| // 40,001円～70,000円 | 支払った保険料の金額×1/4+17,500円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| // 70,001円以上 | 35,000円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地震保険料控除 ※旧長期損害保険料(平成18年以前の契約についての経過措置) | 前年中、地震保険料や旧長期損害保険料(満期返戻金があり、保険・共済期間が10年以上のもので、平成18年12月末までに締結したもの)を支払ったとき (地震保険・旧長期損害保険合計で最高25,000円) | 地震保険料 支払金額が50,000円以下 | 支払った保険料の金額×1/2 | 支払金額が50,001円以上 | 25,000円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者控除 | 前年中の合計所得金額が38万円以下の生計を同一にする配偶者がいるとき。ただし、事業専従者に該当する場合は除く。 | 本人の合計所得金額 (1)一般の配偶者 (2)老人の配偶者 (昭和25年1月1日以前生) | ~900万円 33万円 38万円 | ~950万円 22万円 26万円 | ~1,000万円 11万円 13万円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者特別控除 | 前年中の合計所得が38万円超123万円以下の生計を同一にする配偶者がいるとき。ただし、次のいずれかに該当する場合は除く。 ①配偶者が事業専従者であるとき ②配偶者が既に配偶者特別控除を受けているとき ③本人の前年中の合計所得金額が1,000万円を超えるとき | 本人の合計所得金額 配偶者の合計所得が 38万円超 90万円以下 // 90万円超 95万円以下 // 95万円超100万円以下 // 100万円超105万円以下 // 105万円超110万円以下 // 110万円超115万円以下 // 115万円超120万円以下 // 120万円超123万円以下 | ~900万円 33万円 31万円 26万円 21万円 16万円 11万円 6万円 3万円 | ~950万円 22万円 21万円 18万円 14万円 11万円 8万円 4万円 2万円 | ~1,000万円 11万円 11万円 9万円 7万円 6万円 4万円 1万円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害者控除 | 本人又は同一生計配偶者や扶養親族(16歳未満の扶養親族も含む)が障害者であるとき | | | | 1人につき26万円 ※特別障害者[注]は30万円。同居の特別障害者に該当する場合は、23万円を加算 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 寡婦控除【女性】 | 本人が次のいずれかに該当するとき (1)夫と死別または離婚した後再婚しておらず(夫の生死が明らかでない方も含む)、扶養親族(16歳未満の扶養親族も含む)が生計を同一にする総所得金額等の合計額が38万円以下の子がある (2)夫と死別した後再婚しておらず(夫の生死が明らかでない方も含む)、前年中の合計所得金額が500万円以下である | | | | 26万円 ※(1)のうち、扶養親族である子を有し、かつ前年中の合計所得金額が500万円以下のときは、30万円(特別寡婦) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 寡夫控除【男性】 | 本人が、妻と死別または離婚した後再婚しておらず(妻の生死が明らかでない方も含む)、生計を同一にする総所得金額等の合計額が38万円以下の子があり、前年中の合計所得金額が500万円以下であるとき | | | | 26万円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤労学生控除 | 本人が勤労による所得がある学生であり、合計所得金額が65万円以下で、かつ自己の勤労によらない所得が10万円以下であるとき | | | | 26万円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 扶養控除 | 生計を同一にする、前年中の合計所得金額が38万円以下の親族がいるとき。ただし、事業専従者に該当する場合、及び他の人の扶養親族の場合は除く。 | (1)一般的扶養親族 (2)特定(平成9年1月2日～平成13年1月1日生)の扶養親族 (3)老人(昭和25年1月1日以前生)の扶養親族 (4)16歳未満(平成16年1月2日以降生)の扶養親族 | 33万円 45万円 38万円 なし | | ※同居している父母や祖父母など直系尊属のときは、45万円(同居老親等) ※扶養控除額はありませんが、非課税基準判定や障害者控除等の対象となります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 基礎控除 | すべての納稅義務者が受けられる控除 | | | | 33万円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

[注] 特別障害者は、身体障害者手帳1級・2級、療育手帳A、精神障害者保健福祉手帳1級をお持ちの方などが該当します。

◆主な税額控除

| 種類 | 内 容 | 控除額 |
|--------------|--|-------------------------------------|
| 住宅借入金等特別税額控除 | 本人が、前年中の所得税確定申告(または給与の年末調整)により住宅借入金等特別税額控除が適用され、特別控除可能額が適用額を上回るとき | 入居年月日等により異なりますので、詳細はお問い合わせください。 |
| 寄附金税額控除 | 本人が、前年中に、地方自治体、佐賀県共同募金会、日本赤十字社佐賀支部、佐賀市(佐賀県)が条例で定める団体(佐賀県内の社会福祉法人、学校法人、独立行政法人など)に対して寄附をしたとき | 支払った寄附金額をもとに算定される金額(詳細はお問い合わせください。) |

～確定申告の受付について～

令和元年分から、佐賀市の申告会場（本庁、支所、公民館）では、**確定申告の受付はできません**（富士・三瀬地区を除く）。

確定申告が必要な方は**税務署での申告をお願いします。**

※住宅借入金等特別税額控除の初回申告の方、分離課税所得のある方などは、富士・三瀬地区でも確定申告の受付ができません。

※昨年度、ご自身が『確定申告』をしたのか『市・県民税申告』をしたのか分からぬ場合は、昨年度の申告書の控えをご覧いただきか、市民税課へお問い合わせください。

◆市・県民税申告受付日程（土日・祝日は、申告受付は行いません。）

| 会 場 | 受 付 日 | 受付時間 |
|---------------------|--|------|
| 日 新 公 民 館 | 2月 3日 (月) | |
| 高 木 瀬 公 民 館 | 2月 4日 (火) | |
| 本 庄 公 民 館 | 2月 5日 (水) | |
| 北 川 副 公 民 館 | 2月 6日 (木) | |
| 嘉 瀬 公 民 館 | 2月 7日 (金) | |
| 久 保 泉 公 民 館 | 2月 10日 (月) | |
| 鍋 島 公 民 館 | 2月 12日 (水) | |
| 諸 富 支 所 (2階大会議室) | 2月 12日 (水)～2月 18日 (火) | |
| 東 与 賀 支 所 (3階大会議室) | 2月 13日 (木)～2月 17日 (月) 3月 11日 (水)～3月 13日 (金) | |
| 佐賀市役所本庁 (4階大会議室) | 2月 17日 (月)～3月 16日 (月) | |
| 富 土 公 民 館 (フォレスタふじ) | 2月 18日 (火)～2月 25日 (火) | |
| 久 保 田 支 所 (2階第2会議室) | 2月 19日 (水)～2月 26日 (水) | |
| 三 瀬 公 民 館 | 2月 26日 (水)～2月 28日 (金) | |
| 川 副 支 所 (2階中会議室) | 2月 27日 (木)～3月 10日 (火) | |
| 大 和 支 所 (3階第4会議室) | 3月 2日 (月)～3月 16日 (月) | |

※公民館会場の開館時間は8時30分です。
9時から16時まで

・お住まいの地区に関係なく、上記のどの会場でも申告できます。

- 各申告会場での申告受付は大変混み合いますので、早めの申告をお願いします。
- 各支所での受付期間が異なります。また、支所では申告会場を設置している期間以外は申告受付ができませんのでご注意ください。
- 駐車場は限りがありますので、できるだけ公共交通機関をご利用ください。

※今年から富士地区の申告会場は富士公民館（フォレスタふじ）へ変更となります。



富士公民館（フォレスタふじ）で申告される方は富士支所の駐車場をご利用ください。

※各申告会場での申告受付は、長時間お待ちいただくことがあります。

★特に申告相談を必要としない方の申告書の提出は**郵送が便利です。**

お問い合わせ 佐賀市役所 市民税課 電話 40-7062

※確定申告に関するることは、佐賀税務署（電話 32-7511）にご相談ください。

リサイクル適性Ⓐ
この印刷物は、印刷用の紙へ
リサイクルできます。