

受付印

宛名番号

令和8年度 市民税・県民税（国民健康保険税）申告書

令和 年 月 日

フリガナ							個人番号
氏名							
住所 (1月1日現在)							
生年月日	大正 · 昭和 平成 · 令和			電話番号	— —		
代理申請者							

令和7年中(令和7年1月1日～令和7年12月31日)の収入等について、下記のとおり申告します。

1 令和7年中の収入について（該当する項目を○で囲み、事項を記入してください。）

- ・収入がなかった → 3へ
- ・収入があった

(1) 給与 (給与、パートの賃金等) 年間収入 円 → 2へ

(2) 非課税 (遺族年金、障害年金、失業手当、労災給付、その他) → 3へ

(3) その他 下表に記入してください。

(令和7年中の収入及び経費について)

収入の種類	支払者	収入金額	必要経費
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円

※公的年金の収入がある方は、源泉徴収票のコピーを添付してください。

→ 3へ

2 令和7年分の給与収入について

(1) 源泉徴収票を勤務先からもらっている → 源泉徴収票を添付してください。

(2) 源泉徴収票を勤務先からもらっていない → 下記の事項を記入してください。

会社名 _____

電話番号 — —

所在地 _____

年間収入 円

月	月収	月	月収
1	円	8	円
2	円	9	円
3	円	10	円
4	円	11	円
5	円	12	円
6	円	賞与等	円
7	円	合計	円

→ 3へ

※裏面にも記入欄があります。

3 扶養親族について（あなたが扶養している方について記入してください。）

氏名	続柄	生年月日			個人番号					手帳の種類	等級
		大・昭 平・令	年	月	日					身体・療育・精神	
		大・昭 平・令	年	月	日					身体・療育・精神	
		大・昭 平・令	年	月	日					身体・療育・精神	
		大・昭 平・令	年	月	日					身体・療育・精神	
		大・昭 平・令	年	月	日					身体・療育・精神	
		大・昭 平・令	年	月	日					身体・療育・精神	

※扶養されている方が障害者手帳をお持ちの場合は、手帳の種類に○をつけ等級を記入してください。

→ 4へ

4 令和7年中に支払いをした社会保険料等について

① 国民健康保険税	円	⑥ 新生命保険料	円
② 介護保険料	円	⑦ 旧生命保険料	円
③ 後期高齢者医療保険料	円	⑧ 新個人年金	円
④ 国民年金保険料	円	⑨ 旧個人年金	円
⑤ その他の健康保険	円	⑩ 介護医療保険料	円
		⑪ 地震保険料	円
		⑫ 旧長期損害保険料	円

※控除証明書等の提示又は添付が必要です。

→ 5へ

5 申告者本人の状況について

(1) あなたが障害者手帳をお持ちの場合は記入又は該当する項目に○をつけてください。

手帳の種類	等 級
身体障害者手帳	種 級
療育手帳	A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2
精神障害者保健福祉手帳	級

(2) あなたが、ひとり親又は寡婦の場合、該当する項目に○をつけてください。

ひとり親	寡婦（死別・離別・生死不明）
------	----------------