

# 収入がなかった方または遺族年金・障害年金のみの方

受付印

令和5年度 市・府民税申告書

【記載例】

(申告先) 茨木市長 年 月 日提出

1月1日現在の住所	茨木市 <b>駅前三丁目8番13号</b>	フリガナ	イバキ ハコ			
現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 1月1日の住所と同じ	氏名	<b>茨木 花子</b>			
	<input type="checkbox"/> 1月1日現在の住所と異なる場合は記入		生年月日	明・大平・令 <b>25年 3月 4日</b>	電話番号	<b>072-622-8121</b>
			個人番号 (マイナンバー)	<b>1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2</b>		

#配偶者		#扶養控除			#障害者控除			#本人該当				調整	給与区分						
控配	老配	同配	特定	同老親	老人	その他	年少	普障	同特障	特障	未成年	寡婦	ひとり親	理由	勤労学生	本人普障	本人特障	23歳未満	
														1 2 3					

「個人番号」欄には、個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第2条第5項に規定する個人番号をいう。）を記載してください。

**3 所得から差し引かれる金額に関する事項** ※この太わく内は記入しないでください。↑

本人該当事項	⑰～⑱寡婦・ひとり親控除			⑳障害者控除			㉑勤労学生控除			
	<input type="checkbox"/> 寡婦控除	1. 死別 2. 離別 3. 生死不明		障害の程度			(学校名)			
配偶者に関する事項	㉒配偶者控除			㉓障害者控除			個人番号 (マイナンバー)			
	フリガナ/氏名	続柄	生年月日	同・別居	障害の程度					
			明・大昭・平	同居	身体精神療育					
				別居	身体精神療育					
扶養親族に関する事項	㉔扶養控除			㉕障害者控除			個人番号 (マイナンバー)			
	フリガナ/氏名	続柄	生年月日	同・別居	障害の程度					
			明・大昭・平	同居	身体精神療育					
16歳未満の扶養親族	㉖扶養控除			㉗障害者控除			個人番号 (マイナンバー)			
	フリガナ/氏名	続柄	生年月日	同・別居	障害の程度					
			平成令和	同居	身体精神療育					

収入金額等	営業等	ア	円
	農業	イ	
	不動産	ウ	
	利子	エ	
	配当	オ	
	給与	カ	
	公的年金等	キ	
	雑業務	ク	
	その他	ケ	
	短期	コ	
長期	サ		
一時	シ		
営業等	①		
農業	②		
不動産	③		
利子	④		
配当	⑤		
	⑥		
	⑦		
	⑧		
	⑨		
合計	⑩	<b>0</b>	
社会保険料控除	⑬	A+B+C+D+E	
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		
寡婦・ひとり親控除	⑰～⑱	0 0 0 0	
勤労学生控除	⑲	0 0 0 0	
障害者控除	⑳	0 0 0 0	
配偶者控除	㉑	0 0 0 0	
配偶者特別控除	㉒	0 0 0 0	
扶養控除	㉓	0 0 0 0	
基礎控除	㉔	0 0 0 0	
⑬から㉔までの計	㉕		
雑損控除	㉖		
医療費控除	㉗	H-I または Z	
合計(㉕+㉖+㉗)	㉘		

遺族年金・障害年金の収入金額は記入しないでください

収入がなかった方は、★印欄に「0」とご記入ください。

扶養している親族はいない。別居の扶養親族等がある場合は裏面もご記入ください。

⑬社会保険料控除	A 国民健康保険料	B 国民年金保険料	C 介護保険料	D 後期高齢者医療保険料	E その他の社会保険料
	円	円	円	円	円
⑭生命保険料控除	#新生命	#旧生命	#介護医療	#新個人	#旧個人
	円	円	円	円	円
⑮地震保険料控除	地震保険料の支払額	旧長期損害保険料の支払額	#所税地保		
	円	円	円		
⑯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
	円	円	円	円	円
⑰医療費控除	F 支払った医療費	G 保険金	円		
	円	円	円		
寄附金に関する事項	寄附先	寄附金額	円		
	都道府県、市区町村分	円	円		
条指定分	大阪府	円	円		
	茨木市	円	円		

※代理での申告の場合は、裏面にも記入箇所がございます。

★印の欄は記載しないでください。  
裏面にも記載する欄がありますので注意してください。

<input type="checkbox"/> 点検	課	除計	
<input type="checkbox"/> 決議		#	
<input type="checkbox"/> 発行		課	0 0 0

※各種所得控除の適用を希望される方は、「市・府民税申告書の手引き」を確認の上、ご記入ください。

**【裏面】**

◎給与所得の内訳

勤務先所在地			
勤務先名			
電話番号			
月	日	給	勤務日数
1		円	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
賞与等		夏	
		冬	
合計			

◎事業・不動産所得に関する事項

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

◎事業専従者に関する項目

	フリガナ/氏名	続柄	生年月日	従事月数	専従者給与(控除)額	個人番号(マイナンバー)
1			明・大・昭・平 ・ ・		円	
2			明・大・昭・平 ・ ・			
3			明・大・昭・平 ・ ・			

◎配当所得に関する事項

支払者の名称	支払確定年月	収入金額	必要経費
	・	円	円
	・		
	・		

◎雑所得(公的年金等以外)に関する事項

所得の生ずる場所	収入金額	必要経費
	円	円

◎総合譲渡・一時所得の所得金額に関する事項

総合譲渡	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)
	短期	円	円	円	円	円
長期						ロ
一時						ハ
ニ 合計 イ+[(ロ+ハ)×1/2]						

◎別居の扶養親族等に関する事項

フリガナ/氏名	住 所

右上のイの金額を表面のロに、ロの金額を表面のハに、ハの金額を表面のニに記入してください。  
右のニの金額を表面のイの所得金額欄へ記入してください。

◎事業税に関する事項

非課税所得など	円	事業用資産の譲渡損失など	円	資産の種類	前年中の開始・廃止	開始・廃止	月	日
損益通算の特例適用前の不動産所得				損失額、被災損失額(白)		<input type="checkbox"/>	他道府県の事務所等	

◎所得金額調整控除に関する事項

フリガナ	氏名	続柄	生年月日	明・大・昭・平	特別障害者に該当する場合は	身体精神	級	住所
------	----	----	------	---------	---------------	------	---	----

代理での申告の場合はこちらの欄にもご記入ください。

申告代理人氏名	住所	<input type="checkbox"/> 申告者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 異なる場合は記入	続柄	本人 運転免許証・個人番号カード・健康保険証 登録 身障者手帳・その他( )
---------	----	---	----	---