

国民健康保険税
兼 介護保険料 申告書
後期高齢者医療保険料

◎ この申告書を提出した人は、事業税の申告書を提出する必要はありません。

◎ 裏面にも記載する欄がありますから注意してください。

		年度 市・県民税 申告書										申告書整理番号									
		フリガナ																			
		氏 名																			
		個人番号																			
		生 年 月 日																			
		世帯主氏名												続 柄							
		電 話 番 号																			
		職 業												屋 号							
		申 告		入 力		課 税		確 認													
西之表市長 殿		種 目		㊤ 収 入 金 額		㊦ 必 要 経 費		㊧ 青色申告控除額		所 得 金 額 (㊤-㊦-㊧)											
年 月 日		営 業 等								02											
提 出		農 業								04											
		不 動 産								08											
		利 子								10											
		配 当								12											
		㊤ 収 入 金 額		㊦ 給 与 所 得 控 除		㊧ 特 定 支 出 控 除		所 得 金 額 (㊤-㊦-㊧)													
		13				502		14													
		うち専給		収 入 金 額		85															
		雑 公的年金等		15				雑 収 入 所 得 合 計													
		その他のもの		16				17													
		㊤ 収 入 金 額		㊦ 必 要 経 費		㊧ 差 引 (㊤-㊦)		㊨ 特 別 控 除		所 得 金 額 (㊧-㊨)											
		短 期								18											
		長 期								19											
		一 時								20											
		18 + (19 + 20) × 1/2								21											
		所 得 合 計 (02 + 04 + 08 + 10 + 12 + 17 + 14 + 21)								23											
		㊤ 収 入 金 額		㊦ 必 要 経 費		㊧ 差 引 (㊤-㊦)		㊨ 特 別 控 除 額		所 得 金 額											
		短 期 9%適用				24		87		25											
		5%適用				26		88		27											
		長 期 一 般				30		89		31											
		優 良				32		90		33											
		居住用				34		91		35											
		株 式 非公開分								106											
		上場分								108											
		先 物 取 引								102											
		㊤ 収 入 金 額		㊦ 必 要 経 費		㊧ 特 別 控 除		㊨ 青色申告控除		所 得 金 額 (㊤-㊦-㊧-㊨)											
										46											
		給与所得者で給与以外の所得のある人は、下のA、Bいづれかに○印をつけてください。		肉用牛 免税非対象				免税対象		526											
		A. 給与から差し引かれることを希望する。		特例適用条文		所得証明用		所得税額													
		B. 自分で納付することを希望する。																			
		雑 損 控 除		損害の原因		損害年月日		損害資産の種類		損害金額		保険料金等で補てんされる金額		差 引 額		雑 損 控 除 額					
																53					
		医療費 控 除		医療を受けた人の名前		続 柄		支 払 っ た 医 療 費		保険金等で補てんされる金額		差 引 額		医 療 費 控 除 額							
																55					
		社会保険 控 除		社会保険の種類		支払った保険料		社会保険の種類		支払った保険料		社会保険の種類		支払った保険料		社 会 保 険 料 控 除 額					
																56					
																57					
		生命保険 料 控 除		保険金受取人		続 柄		保険会社名		支払保険料		保険金受取人		続 柄		保険会社名		支 払 保 険 料		生 命 保 険 料 控 除	
																				59	
		新生命保険料				旧生命保険料				介護医療保険料				新個人年金保険料				旧個人年金保険料			
		地 震 保 険 料 控 除		地 震 保 険 料		534						旧長期損害保険料		60				地 震 保 険 料 控 除		533	
		本人、該当事項に○印をしてください		寡婦・ひとり親		勤 労 学 生		障 害 者 級		本 人 該 当 コー ド		未成年		障 害 者 級		寡 婦 ひとり親		勤 労 学 生			
				65		66		67		2		1		2		2		3		5	
		配偶者控除		有 無 老 配 偶 者 控 除 額		配 偶 者 特 別 控 除		配 偶 者 所 得 額		配 偶 者 特 別 控 除 額		69									
				1 2 3 68		501															
		配 偶 者 ・ 扶 養 者 控 除		氏 名		続 柄		宛 名 番 号		同居別居の 区 別		生 年 月 日		特 障 普 障 年 齢		個 人 番 号		扶 養 人 数		障 害 者 級	
																		同 居 老 特 定 普 年 少 同 特 普			
																		専 従 他 配		専 従 者 控 除 額	
																		503			
																		扶 養 控 除 額			
																		70			
		所得税における青色申告の承認		有 ・ 無		本年分で差し引く繰越損失額												控 除 合 計			
		備考 年金以外の所得の有無		有 ・ 無		住宅借入金等特別税額控除見込額		112										72			

農 業 収 支 計 算 書

科 目			金 額	科 目			金 額
収 入 金 額	販 売 金 額 ①		円	そ の 他 経 費	修 繕 費 ①		円
	家事消費 事業消費 金額 ②				動力光熱費 ②		
	雑 収 入 ③				作業用衣料費 ②		
	小 計 (①+②+③) ④				農業共済掛金 ⑦		
	農産物の 棚卸高	期首 ⑤			荷造運賃 手 数 料 ⑦		
		期末 ⑥			土地改良費 ②		
	計 (④-⑤+⑥) ⑦				水 利 費 ③		
経 費	雇 人 費 ⑧			費	他 ②		
	小作料・賃借料 ⑨				②		
	減価償却費 ⑩				②		
	利子割引料 ⑪				雑 費 ②		
	貸 倒 金 ⑫				農産物 以外の 棚卸高 ③		
	そ の 他 の 費	租税公課 ①			経費から差引く 牛馬・果樹等の 育成費用 ②		
		種 苗 費 ⑩			小 計 (③から⑧まで の計-⑩-⑪)		⑬
	経 費	素 畜 費 ①			経 費 計 (⑧-⑫までの計+⑬)		⑭
		肥 料 費 ②			専従者控除前の所得金額 (⑦-⑭)		⑮
		飼 料 費 ③			専従者控除額 ⑯		
		農 具 費 ④			所 得 金 額 (⑮-⑯)		⑰
		農 業 費 ⑤			内 ()		
諸材料費 ⑦							

○販売金額等の内訳

農 畜 産 物 の 種類・品名等	作付面積 (飼 育 頭羽数)	本 年 収 穫 量 (生産頭羽数)	販 売 金 額 (1 ～12月)	家事消費 事業消費 の 金 額	農 畜 産 物 の 期 末 棚 卸 高 数 量	金 額
農	a	kg	円	円	kg	円
産						
物						
計						⑥
畜	頭羽	頭羽	円	円	頭羽	円
産						
物						
計						⑦
合 計			①	②		

○販売先の内訳 (①の内訳)

販 売 先	出荷記号等	作物名等	金 額
			円
上記以外の販売先分			
		計	

○雑収入の内訳

名 称	金 額
	円
計	③

大工・左官・人夫又は内職等で一定の勤め先のない方の賃金明細

主たる所得の生ずる所	事業所名・給与支払 者名等所在地住所	TEL
内訳	内訳	
	臨 時 収 入	
	合計年間収入金額	円

寄附金に関する事項

都道府県、市区町村分	円	条例指定分	都道府県	円
住所地の共同募金会 日赤支部分	円		市区町村	円

◎申出書 前年中に所得のなかった人は該当する下記の番号を○で囲み記入してください。

1. 私は、下記の者から扶養又は援助を受けていました。 住所 氏名 続柄() 電話番号	5. 私は、学生でした。(今年1月1日現在) 学校名 学部 年在学中
2. 私は、生活保護を受けていました。 年 月から 年 月まで	6. 私は、病気療養中でした。 病院名等 入院 年 月から 月まで () 通院 年 月から 月まで
3. 私は、雇用保険(失業保険)、労災保険を受給していました。 年 月から 年 月まで	7. 私の昨年中の生活状況等 (1～6に該当しない人)
4. 私は、遺族年金、障害者年金などを受給していました。 受給額 円	