

令和 6 年度 町民税・県民税 国民健康保険税 申告書

筑前町長
令和 年 月 日提出

1 住所・氏名・職業等

1月1日現在の住所	筑前町	フリガナ	
現住所（上記の住所と異なる場合のみ記入）		氏名	
電話番号	- -	業種・職業	
代理人氏名（本人以外申告時記入）		申告者との関係性	
		明・大・昭・平・令	年 月 日生
		個人番号	

種類	A 収入金額		B 必要経費		所得金額			
	営業等	円	円	円	円	①	円	
農業	円	円	円	円	②	円		
不動産	円	円	円	円	③	円		
利子	円	円	円	円	④	円		
配当	株式等	円	円	円	⑤	円		
	その他	円	円	円	⑥	円		
給与	⑬	円	円	円	⑦	円		
雑	公的年金等	⑭	円	円	⑧	円		
	業務その他	円	円	円	⑨	円		
		円	円	円	⑩	円		
		A 収入金額	B 必要経費	C 差引 (A-B)	D 特別控除等	所得金額		
総合課税の譲渡	短期	円	円	円	円	ア	円	
	長期	円	円	円	円	イ	円	
一時	円	円	円	円	円	ウ	円	
総合課税の譲渡・一時						ア + { (イ + ウ) × 1/2 } =	⑪	円
所得金額の合計						① ~ ⑩ + ⑪ =	⑫	円

3 所得から差し引かれる金額 【裏面もあり】

本人該当事項（下記のうち、申告者自身が該当する事項の口欄を✓し、必要事項を記入してください）

障害者 障害の程度 身体 級 精神 級 療育 級 寡婦 死別 離婚 生死不明 未帰還 事実発生年月日 年 月 日 ひとり親 勤労学生 学校名

配偶者(特別)控除	氏名	個人番号	生年月日	同居・別居	配偶者の障害者控除
	大・昭・平・令		・	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 障害者に該当 身体 級 精神 級 療育 級
配偶者の合計所得	円	注意 別居の控除対象配偶者・扶養親族がいる場合には、裏面「8」にも氏名及び住所を記入してください。また、扶養親族欄が足りない場合は下記の備考欄に記入してください。			

扶養控除	氏名	個人番号	生年月日	続柄	同居・別居	扶養親族の障害者控除
	大・昭・平・令		・	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 障害者に該当 身体 級 精神 級 療育 級	
	大・昭・平・令		・	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 障害者に該当 身体 級 精神 級 療育 級	
	大・昭・平・令		・	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 障害者に該当 身体 級 精神 級 療育 級	

◎連絡事項（所得がない方は記入してください。）

生活費の状況等で次にあてはまるものがあれば✓をつけてください。その他は具体的に記入してください。

生活保護 失業手当・傷病手当等 障害年金 遺族年金 被扶養 貯蓄 その他 ()

受付担当記入欄	提出方法	本人身元確認	1点確認	番号C 運転免許 保険証 障害手帳 学生証(写真有)	代理権確認	税務代理権限証書 審判確定証明書 登記事項証明書	
	本人郵送代理人使者 番号確認		2点確認	パスポート 控除証明書 他()		委任状 本人しか持ちえない書類	
	番号C 通知C 住民票 端末 未確認		書類なし	口頭確認(本人のみ) 過去の情報 未確認	代理人身元確認	1点確認	税理士証票 名簿 番号C 運転免許 他()
				2点確認		保険証 身分証明書(写真無) 他()	

備考		受付印
----	--	-----

4 所得から差し引かれる金額（表面からの続き）

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	保険金等からの補てん額	差引損失金額	
		・		A 円	B 円	(A-B) 円	
差引損失金額のうち災害関連支出の金額				円-50,000円		円	
医療費控除	支払った医療費		保険金等で補てんされる金額	表面②の5%と10万円のいずれか少ない方の金額		医療費控除額	
	A 円	B 円	C 円	(A-B-C) 円		円	
セルフメディケーション税制 (医療費控除の特例)	支払った金額		保険金等で補てんされる金額	医療費控除額（特例分）			
	A 円	B 円	C 円	(A-B-12,000円) 円			
社会保険料控除	種類		支払保険料		種類		支払った保険料の合計額
	国民健康保険等		A 円	生命保険料控除	新生命保険		円
	後期高齢保険		B 円		旧生命保険		円
	介護保険		C 円		介護医療		円
	国民年金		D 円		新個人年金		円
	その他（任意継続等）		E 円		旧個人年金		円
	(A~Eの合計)		円				円
小規模企業共済等掛金控除		小規模企業共済掛金と心身障害者扶養共済掛金等の支払合計額		地震保険料控除		円	
				地震保険		円	
				旧長期損害保険		円	

5 寄附金に関する事項 令和5年に寄附した金額について、下記の表に寄附金額の内訳を記載してください。

寄附先	寄附金額	寄附先	寄附金額	寄附金額の合計
福岡県共同募金会・日本赤十字社福岡県支部に対する寄附	A 円	都道府県・市区町村に対する寄附（ふるさと納税）	B 円	(A~Dの合計)
福岡県が条例で指定した法人又は団体に対する寄附	C 円	筑前町が条例で指定した法人又は団体に対する寄附	D 円	円

6 事業専従者欄

氏名	個人番号	生年月日	続柄	従事月数	専従者給与(控除)額	所得税における青色申告の承認の有無
		大・昭平・令		月	円	
		大・昭平・令		月	円	
合計					円	有・無

7 別居の控除対象配偶者・扶養親族に関する事項

氏名	別居の控除対象配偶者・扶養親族の住所	国外居住
		<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払
		<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払
		<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払
		<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払

8 その他

◎給与収入（パート・アルバイト等）で源泉徴収票がない方は、令和5年中の収入状況について記入してください。

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

支払者	名称	住所

備考欄