

令和 8 年度 町民税・県民税 申告書 築前町長 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	明・大・昭・平・令 年 月 日生						
代理人氏名(本人以外申告時記入)	申告者との 関係性			個人番号	1	2	3	4	5	6

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

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□欄を✓し、必要事項を記入してください)											
	□ 障害者	□ 寡婦		□ 勤労学生								
	障害の程度	身体級	□ 死別	□ 離婚	□ 生死不明	□ 未帰還	□ ひとり親	学校名				
	精神級	療育級	事実発生年月日		年月日							
	氏名		個人番号				生年月日	同居・別居	配偶者の障害者控除			
	配偶者 (特別) 控除		大・昭 平・令	・	・		□ 同居	□ 障害者に該当	身体級			
			大・昭 平・令	・	・		□ 別居	□ 障害者に該当	精神級			
	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。							
	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		特親※ 控除額
	扶養 控除		大・昭 平・令	・	・		同居 ・ 別居	□ 障害者に該当	身体級	□	万円	
	大・昭 平・令	・	・		同居 ・ 別居	□ 障害者に該当	精神級	□	万円			
	大・昭 平・令	・	・		同居 ・ 別居	□ 障害者に該当	身体級	□	万円			
	大・昭 平・令	・	・		同居 ・ 別居	□ 障害者に該当	精神級	□	万円			

◎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 ()

提出方法	本人 郵送 代理人 使者	番号C 連転免許 保険証 障害手帳 学生証(写真有) パスポート 控除証明書 他()	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 委任状 本人しか持ちえない書類
担当記入欄	番号確認 番号C 通知C 住民票 端末 未確認	2点確認 書類なし □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 連転免許 他() 2点確認 保険証 身分証明書(写真無) 他()

備考	特定親族の合計所得金額 円	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	
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⑫の5%と10万円のいす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		
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	(A-B-12,000円)	円		
社会保険料控除	種類		支払保険料	生命保険料控除	種類	支払った保険料の合計額
	国民健康保険等	A	円		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)			地震保険料控除	種類	支払った保険料の合計額
	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	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7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7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
支払者	名称		円
支払者	住所		円
		合計	円

備考欄	
-----	--