

添付資料がある場合はこちらに添付してください。

⑧ 給与所得の内訳

(日給などの給与所得のある人で源泉徴収票のない人は記入してください。)

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

① 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

⑨ 雑所得 (公的年金等以外) に関する事項

所得の種類	支払者の名称	収入金額	必要経費

⑩ 配当所得に関する事項

所得の種類	所得の生ずる場所	支払確定年月	収入金額	必要経費
		・		
		・		
		・		
		・		
				国外株式等に係る外国所得税額

⑪ 総合譲渡・一時所得の所得金額に関する事項

		A 収入金額	B 必要経費	C 差引金額(A-B)	D 特別控除	E 所得金額(C-D)
総合譲渡	短期					イ
	長期					ロ
一時						ハ
合計		イ + {(ロ + ハ) × 1/2}		ニは表面⑧に記入		ニ

⑫ 事業専従者に関する事項

フリガナ	氏名	続柄	生年月日	大・昭平・令	専従者給与(控除)額	従事月数
1						
2						
3						
所得税における青色申告の承認の有無		承認あり・承認なし		合計額		

⑬ 事業税に関する事項

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

⑭ 家屋敷などに関する事項

物件の所在地	種類
	事務所・事業所・家屋敷
前年中の所得の金額(分離譲渡所得の場合は特別控除前の金額)	扶養人数
	人
あなたが該当するときに、○をつけてください	障害者・未成年・寡婦、ひとり親

⑮ 所得金額調整控除に関する事項

<input type="checkbox"/> 所得金額調整控除の適用を受ける			
フリガナ		生年月日	大・昭平・令
氏名			続柄
身体精神療育	級	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	個人番号
住所			

⑯ 寄附金に関する事項

都道府県・市区町村分(特例控除対象)	種類
所在地の共同募金会・日赤支部分・都道府県、市区町村分(特例控除対象外)	
条例指定分	神奈川県 市町村

支出した補助金に応じて、各欄にそれぞれ寄附した金額を記入してください。ただし、認定特定非営利活動法人及び特例認定特定非営利活動法人以外の特定非営利活動法人に対する寄附金については、上欄に記入せず、別途「寄附金税額控除申告書(二)」を提出してください。

※町記入欄		
受付者	入力者	確認者
番号確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載の住民票	
本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> パスポート	
添付書類の有無		有・無