

# 令和8年度 町・県民税申告書

中井町長殿 令和 年 月 日 提出	1月1日現在 の住所	中井町		整理番号				
	現住所	<input type="checkbox"/> 同上		電話番号	( )			
	フリガナ			生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生			
	氏名			個人番号				
代理人 氏名			続柄	電話番号	( )			

## (A) 収入記入欄

収入金額		所得金額	
営業		①	
農業		②	
不動産		③	
利子		④	
配当		⑤	
給与	給与収入の合計	⑥	
雑	公的年金等収入の合計	⑦	
	その他雑収入の合計		
総合譲渡 一時		⑧	
合 計		⑨	

## (B) 本人該当欄 (令和7年12月31日現在)

障害者 控除	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育	級
寡婦 控除	<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> 未帰還
ひとり親 控除	<input type="checkbox"/> ひとり親	
勤労学生 控除	学校名	

## (C) その他控除記入欄

社会保険料控除				⑩			
社保・国保・後期高齢	国民年金	その他(介護保険等)					
小規模企業共済等掛金控除				⑪			
生命保険料控除							
新生命保険	旧生命保険	介護医療保険料	新個人年金	旧個人年金	⑫		
地震保険料控除							
地震保険料の計		旧長期損害保険料の計		⑬			
寡婦・ひとり親控除							
勤労学生・障害者控除				⑯~ ⑰			
配偶者(特別)控除				⑱~ ⑲			
扶養控除				⑳			
特定親族特別控除				㉑			
基礎控除				㉒	430,000		
雑損控除				㉓			
損害金額	保険金などで補てんされる金額	差引損失額					
医療費控除				㉔			
支払った医療費等	保険金などで補てんされる金額						
合 計				㉕			

## (D) 所得がなかった方の記入欄 [前年中に所得がなかった方は、次の欄に御記入の上提出してください。]

1 該当するものを○で囲んでください イ 無職 ロ 主婦 ハ 学生	4 その他該当するものを○で囲んでください ニ 病気 ホ その他 ヘ 学生
イ 雇用保険(失業保険)の受給 ロ 労災保険の受給 ハ 遺族年金の受給 ニ 障害年金受給 ホ 預貯金にて生活 ヘ 生活保護法による生活扶助の受給	
2 扶養または援助を受けていた場合 (あなたを扶養していた方の) 住所 □申告書と同じ □その他	年 月から 年 月まで
3 学生の場合 大学 学校 年在学中	ト その他

## (E) 給与所得、公的年金等(65歳以上の方)に係る所得以外の町・県民税の納税方法

<input type="checkbox"/> 特別徴収(給与から天引きする)
<input type="checkbox"/> 普通徴収(自分で納付する)

## (F) 扶養関係欄

配偶者控除・ 配偶者 特別控除・ 同一生計配偶者	フリガナ	生年 月日	大・昭 平・令	級	統 柄
	氏名				
扶養控除・ 特定親族 特別控除・ 16歳未満の 扶養親族	身体 精神 療育	□ 同居 □ 別居	個人 番号		
	フリガナ				
扶養控除・ 特定親族 特別控除・ 16歳未満の 扶養親族	氏名	生年 月日	大・昭 平・令	級	統 柄
	身体 精神 療育				
扶養控除・ 特定親族 特別控除・ 16歳未満の 扶養親族	フリガナ	□ 同居 □ 別居	個人 番号		
	氏名				
扶養控除・ 特定親族 特別控除・ 16歳未満の 扶養親族	身体 精神 療育	□ 同居 □ 別居	個人 番号		
	フリガナ				
扶養控除・ 特定親族 特別控除・ 16歳未満の 扶養親族	氏名	生年 月日	大・昭 平・令	級	統 柄
	身体 精神 療育				

## (G) 別居の扶養親族に関する事項

1 氏名	住所
2 氏名	住所

日本国外に居住する30歳以上70歳未満の親族のうちいざれにも該当しない方は扶養控除等の適用対象外となります。

- ・留学により非居住者となった方
- ・障害者
- ・扶養控除等を申告する納税義務者から、扶養される年における生活費または教育費に充てるための支払いを38万円以上受けている方
- ※扶養控除等の適用を受ける場合は、親族関係書類、留学ビザ書類、送金確認書類等を添付してください。

**(H) 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					

添付資料がある場合はこちらに添付してください。

**(I) 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

**(J) 雜所得(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

**(K) 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

**(L) 総合譲渡・一時所得の所得金額に関する事項**

総合譲渡	短期	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)
	長期					イ
	一時					ロ
						ハ
合計 イ + {(ロ + ハ) × 1/2} ニは表面⑧に記入						ニ

**(M) 事業専従者に関する事項**

1	フリガナ 氏名 個人番号	統柄	生年 月日	大・昭 平・令	専従者給与 (控除)額 従事月数	
2	フリガナ 氏名 個人番号	統柄	生年 月日	大・昭 平・令	専従者給与 (控除)額 従事月数	
3	フリガナ 氏名 個人番号	統柄	生年 月日	大・昭 平・令	専従者給与 (控除)額 従事月数	
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		

**(N) 事業税に関する事項**

非課税 所得など	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	前年中の 開廃業	開始・廃止 月 日	所得金額
事業所等 所在地					□ 他都道府県の事務所等

**(O) 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

**(Q) 所得金額調整控除に関する事項**

□ 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	・	統柄
氏名					
身体 精神 療育	級	□ 同居 □ 別居	個人 番号		
住 所					

**(P) 寄附金に関する事項**

都道府県・市区町村分 (特例控除対象)		
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		

支出した寄附金に応じて、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	□ マイナンバーカード □ 通知カード □ 個人番号記載の住民票	その他
本人確認	□ マイナンバーカード □ 運転免許 □ パスポート	資格確認書 その他
添付書類の有無		有・無