

※ この申告書では所得税の確定申告はできませんのでご注意ください。

鹿児島県指宿市長様

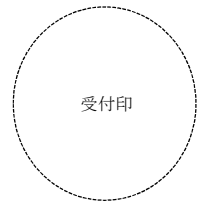
令和7年度 市・県民税（住民税）申告書

申告期限は3月17日

※市役所確認欄

令和 年 月 日提出

現住所	指宿市	台帳番号	※	入力 処理	※
1月1日 現在の住所		宛名番号	※		
氏 名		電話番号	— —		
生年月日	大・昭・平・令	業種・職業 (勤務先)			
代理申告	氏名	個人番号			
		続柄		電話番号	— —



1 収入金額等	事業	① 営業等		円
		② 農業		
	③	不動産		
	④	利子		
	⑤	配当		
	⑥	給与		
	雑	⑦ 公的年金等		
		⑧ 業務		
		⑨ その他		
	譲渡	⑩ 短期		
	⑩ 長期			
2 所得金額	事業	① 営業等		円
		② 農業		
	③	不動産		
	④	利子		
	⑤	配当		
	⑥	給与		
	雑	⑦ 公的年金等		
		⑧ 業務		
		⑨ その他		
	⑩	総合譲渡・一時		
合計				
4 所得から差し引かれる金額	⑪	社会保険料控除		円
	⑫	小規模企業共済等掛金控除		
	⑬	生命保険料控除		
	⑭	地震保険料控除		
	⑮	寡婦・ひとり親控除		
	⑯	勤労学生控除		
	⑰	障害者控除		
	⑱	配偶者控除		
	⑲	配偶者特別控除		
	⑳	扶養控除		
	㉑	基礎控除		
	⑪から㉑までの計			円
	㉒	雑損控除		
	㉓	医療費控除		
合計			円	

3 所得から差し引かれる金額に関する事項

⑪ 社会保険料控除	国民健康保険	後期高齢者医療保険	介護保険	国民年金	
	円	円	円	円	
	源泉徴収票の社会保険料欄の金額			合 計	
	円			円	
⑫ 小規模企業共済等掛金控除		円			
⑬ 生命保険料控除	新生命保険料の計	新個人年金保険料の計	介護医療保険料の計		
	円	円	円		
	旧生命保険料の計	旧個人年金保険料の計			
	円	円	※⑬及び⑭の各欄には、支払った保険料の金額を記入してください。		
⑭ 地震保険料控除	地震保険料の計	旧長期損害保険料の計	円		
円		円			
⑮～⑰ 本人控除 (申告者本人)	⑮ □ 寡婦控除 □ ひとり親控除 □ 死別 □ 生死不明 □ 離婚 □ 未帰還		⑯ □ 勤労学生控除 (学校名)		
	⑰ 障害の程度 □ 身体 □ 精神 □ 療育 級・度 その他 ()				
⑱～⑲ 配偶者控除 に関する事項	氏 名		同居・別居の別	生年月日	
			同居・別居	明・大 昭・平 年 月 日	
	⑰ 障害の程度 □ 身体 □ 精神 □ 療育 級・度 その他 ()				
	□ 同一生計配偶者(控除対象者を除く。)		合計所得金額 円		
	個人番号				
⑳ 扶養控除	1	氏 名	続柄	同居・別居の別	生年月日
				同居・別居	明・大 昭・平 年 月 日
		⑰ 障害の程度 □ 身体 □ 精神 □ 療育 級・度 その他 ()			
		個人番号			
		氏 名	続柄	同居・別居の別	生年月日
				同居・別居	明・大 昭・平 年 月 日
	2	⑰ 障害の程度 □ 身体 □ 精神 □ 療育 級・度 その他 ()			
		個人番号			
		氏 名	続柄	同居・別居の別	生年月日
				同居・別居	明・大 昭・平 年 月 日
		⑰ 障害の程度 □ 身体 □ 精神 □ 療育 級・度 その他 ()			
		個人番号			
3	氏 名	続柄	同居・別居の別	生年月日	
			同居・別居	明・大 昭・平 年 月 日	
	⑰ 障害の程度 □ 身体 □ 精神 □ 療育 級・度 その他 ()				
	個人番号				
	氏 名	続柄	同居・別居の別	生年月日	
			同居・別居	明・大 昭・平 年 月 日	
16歳未満の 扶養控除 (扶養控除 対象外)	1	氏 名	続柄	同居・別居の別	生年月日
				同居・別居	平・令 年 月 日
		⑰ 障害の程度 □ 身体 □ 精神 □ 療育 級・度 その他 ()			
	2	氏 名	続柄	同居・別居の別	生年月日
				同居・別居	平・令 年 月 日
		⑰ 障害の程度 □ 身体 □ 精神 □ 療育 級・度 その他 ()			

別居の扶養親族等がある場合には、裏面「12」に氏名、個人番号及び住所を記入してください。

5 市・県民税の納付方法

給与所得以外の所得にかかる市・県民税の納付方法を選択できます。
65歳以上の公的年金等に係る市・県民税は、公的年金から差引かれます。

☐ 給与から差引き(特別徴収)

☐ 自分で納付(普通徴収)

㉒ 雑損控除	損害の原因	損害の年月日	損害を受けた資産の種類	
	損害金額	補てんされる金額	損失額のうち災害関連支出の金額	
㉓ 医療費控除 ※(1)または(2)の いずれかのみ	(1)通常の医療費控除	A 支払った医療費	B 補てんされる金額	差引負担額(A-B)
	(2)セルフメディケーション税制	A 支払った医療費	B 補てんされる金額	差引負担額(A-B)

4 給与収入の内訳

月	日	給	勤務日数	収入金額
1		円	日	円
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
賞与等				円
合 計				円
勤務先	所在地			
	名 称			

5 配当所得に関する事項

配当所得の種類	所得の生ずる場所	収入金額	必要経費	所得金額
		円	円	円

6 雑所得（公的年金等以外）に関する事項

種 目	所得の生ずる場所	収入金額	必要経費
		円	円

7 総合譲渡・一時所得に関する事項

		収入金額	必要経費	差引金額	特別控除	所得金額
総合譲渡	短 期	円	円	円	円	a 円
	長 期					b
一 時						c
合計【a+(b+c)×1/2】						円

8 寄附金に関する事項

寄附先の名称		寄附金	円
--------	--	-----	---

寄附金の内訳

都道府県、市町村分 (特例控除対象)	円	条 例 指定分	鹿児島県	円
県共同募金会、日赤支部 都道府県、市町村分(上記以外)	円		指 宿 市	円

9 別居の扶養親族等に関する事項

カナ氏名	住所	国外居住
		☐ 配偶者 ☐ 30歳未満又は70歳以上 ☐ 留学 ☐ 障害者 ☐ 38万円以上の支払
		☐ 配偶者 ☐ 30歳未満又は70歳以上 ☐ 留学 ☐ 障害者 ☐ 38万円以上の支払
		☐ 配偶者 ☐ 30歳未満又は70歳以上 ☐ 留学 ☐ 障害者 ☐ 38万円以上の支払

10 申出書(2024年1月～12月に収入がなかった人) ※該当するものに○をして、必要事項を記入してください。

(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 _____

(2)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

(3)私は、(ア 遺族年金、イ 障害年金、ウ 老齢福祉年金)を受給していました。

受 給 額 _____ 円/年

(4)私は、学生でした。(令和6年1月1日現在)

学 校 名 _____ 学 部 名 _____ 学 年 _____ 年

(5)私は、生活保護法による生活扶助を受けていました。

_____ 年 _____ 月 から _____ 年 _____ 月 まで

(6)私は、預貯金にて生活していました。

(7)その他 (1)～(6)に該当しない場合

申告期限は3月17日