

市・府民税申告書										整理番号			
池田市長殿				現住所				業種又は職業					
				1月1日現在の住所				電話番号					
提出年月日 年 月 日				フリガナ				個人番号					
				氏名									
				生年月日		明・大・昭 平・令		世帯主の氏名		続柄			

行政区	世帯識別
世帯番号	

1 収入金額等	事業	営業等	㊦			
		農業	㊧			
	不動産		㊨			
	利子		㊩			
	配当		㊪			
	給与		区分 <input type="text"/>	㊫		
	雑	公的年金等	㊬			
		業務	㊭			
		その他	㊮			
	総合譲渡	短期	㊯			
長期		㊰				
一時		㊱				
2 所得金額	事業	営業等	①			
		農業	②			
	不動産		③			
	利子		④			
	配当		⑤			
	給与		⑥			
	雑	公的年金等	⑦			
		業務	⑧			
		その他	⑨			
		⑦から⑨までの計		⑩		
	総合譲渡・一時 ㊱+{(㊰+㊱)×1/2}		⑪			
	合 計		⑫			
4 所得から差し引かれる金額	社会保険料控除		⑬			
	小規模企業 共済等掛金控除		⑭			
	生命保険料控除		⑮			
	地震保険料控除		⑯			
	寡婦、ひとり親控除		⑰ ～⑱		0,000	0
	勤労学生 障害者控除		⑲ ～⑳		0,000	0
	配偶者(特別)控除		㉑ ～㉒		0,000	0
	扶養控除		㉓		0,000	0
	特定親族 特別控除	人数 <input type="text"/>	㉔		0,000	0
	基礎控除		㉕		0,000	0
	⑬から㉕までの計		㉖			
	雑損控除		㉗			
	医療費控除	特例 <input type="text"/>	㉘			
合 計		㉙				

収入がない方は生計の実態について以下よりチェックしてください			
<input type="checkbox"/> 〈扶養者氏名〉	〈続柄〉	<input type="checkbox"/> 大学・専門学校で学業に専念	<input type="checkbox"/> 預貯金にて生活
		<input type="checkbox"/> 遺族年金・障害年金・失業手当を受給	<input type="checkbox"/> 病気療養中
_____	_____	<input type="checkbox"/> その他()	

【職員使用欄】	
本人確認	裏
免・マ・障・資・源・ 他（ ）	委・源

3 所得から差し引かれる金額に関する事項	社会保険の種類	支払保険料		小規模企業共済等掛金控除	掛金の種類	支払掛金		
	国民健康保険料等	円		⑭		円		
	国民年金料	円				円		
	介護保険料	円				円		
	合計	円			合計	円		
	生命保険料控除	新生命保険料の計	⑤⑦	円	地震保険料控除	地震保険料の計	円	
		旧生命保険料の計	⑤⑧	円		旧長期損害保険料の計	⑤⑩	円
		新個人年金保険料の計	⑤⑨	円		【職員使用欄】 〈勤労学生控除確認〉 〈障害者控除確認〉 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 担当課 () ()		
		旧個人年金保険料の計	⑤⑪	円				
		介護医療保険料の計	⑤⑫	円				
本人該当事項	<input type="checkbox"/> 寡婦控除 <input type="checkbox"/> ひとり親控除 <input type="checkbox"/> 勤労学生控除 <input type="checkbox"/> 障害者控除		<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 生死不明		学校名			
配偶者特別控除	氏名(フリガナ)		生年月日		障害者控除			
	明 昭 大 平		年 月 日		身体 精神 療育 級			
	個人番号				身体 精神 療育 級			
	配偶者の合計所得		円		<input type="checkbox"/> 同一生計配偶者チェック			
扶養控除・特定親族特別控除	氏名(フリガナ)		続柄		生年月日		特親	
	明 昭 大 平		年 月 日		万円		身体 精神 療育 級	
	個人番号						別居 調整	
	明 昭 大 平		年 月 日		万円		身体 精神 療育 級	
	個人番号						別居 調整	
	明 昭 大 平		年 月 日		万円		身体 精神 療育 級	
	個人番号						別居 調整	
	明 昭 大 平		年 月 日		万円		身体 精神 療育 級	
16歳未満の扶養親族	平 令		年 月 日				身体 精神 療育 級	
	個人番号						別居 調整	
	平 令		年 月 日				身体 精神 療育 級	
	個人番号						別居 調整	
	平 令		年 月 日				身体 精神 療育 級	
	個人番号						別居 調整	
	平 令		年 月 日				身体 精神 療育 級	
	個人番号						別居 調整	
※別居の扶養親族がいる場合は裏面へ。								
控除	損害金額	円	保険金などで補填される金額	円	差引損失額のうち災害関連支出の金額	円		
控除	④ 支払医療費等	円	⑤ 保険金等補填額	円	④－⑤	円		
寄附金税額控除	都道府県市区町村分	⑥⑤		条 例 指 定 分	大阪府分	⑦⑦		
	住所地の共同募金会日本赤十字社分	⑦⑥			池田市分	⑦⑧		

[illegible]

提出期限 3月16日

受 付 印

○ 令和7年中の所得等の内訳

(源泉徴収票がなく給与明細のみの方、日給月給及び日雇賃金の方)

月	日	給	勤務日数	月	収
1		円			円
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
臨時収入(ボーナス等)					
合計年間収入金額					

○ 公的年金所得の内訳書

(複数の支払者から公的年金を受給されている方は、下の表に内訳を記入してください)

年金の種類・支払者の名称等	収入金額
国民年金	円
厚生年金	
企業年金連合会	
共済組合連合会	
その他()	
その他()	
合計	

○ 所得の内訳書

(同じ種類の所得(給与、配当、報酬、原稿料等)が複数ある方は、下の表に内訳を記入してください)

所得の種類	所得の生ずる場所又は支払者の氏名・名称	収入金額	必要経費
		円	円
合計			

○ 総合譲渡・一時所得の所得金額に関する事項

所得の種類		A 収入金額	B 必要経費	C 差引金額(A-B)	D 特別控除額	所得金額(C-D)
総合譲渡	短期	円	円	円	円イ	円
	長期					円ロ
一時					円ハ	
ニ 合計イ+[(ロ+ハ)×1/2]						

右上のイの金額を表面の㊦に、ロの金額を表面の㊧に、ハの金額を表面の㊨に記入してください。

右のニの金額を表面の㊩の所得金額欄へ記入してください。

○ 事業専従者に関する事項

フリガナ											続柄	生 年 月 日				専従者給与(控除)額		
氏 名												明 昭 令 年 月 日 大 平						
個人番号												従事月数						
フリガナ											続柄	生 年 月 日				専従者給与(控除)額		
氏 名												明 昭 令 年 月 日 大 平						
個人番号												従事月数						
フリガナ											続柄	生 年 月 日				専従者給与(控除)額		
氏 名												明 昭 令 年 月 日 大 平						
個人番号												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	

○ 事業税に関する事項

非課税所得など	番号	所得金額	円
損益通算の特例適用前の不動産所得			円
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)	円
前年中の開(廃)業	開始・廃止	月	日
<input type="checkbox"/> 他都道府県の事務所等			

この申告書を提出される方は、事業税の申告書を提出する必要はありません。

○ 扶養控除等の記入欄

(表面の記入欄で足りない場合に記入してください)

扶養控除・特定親族特別控除												
フリガナ												続柄
氏 名												
個人番号												
生年月日	明	昭	年					月	日			
障害者控除	身 体	級					別居	調整	特親			
	精 神								万円			
	療 育											
フリガナ												続柄
氏 名												
個人番号												
生年月日	明	昭	年					月	日			
障害者控除	身 体	級					別居	調整	特親			
	精 神								万円			
	療 育											
フリガナ												続柄
氏 名												
個人番号												
生年月日	明	昭	年					月	日			
障害者控除	身 体	級					別居	調整	特親			
	精 神								万円			
	療 育											

16歳未満の扶養親族												
フリガナ												続柄
氏名												
個人番号												
生年月日	平 令 年 月 日											
障害者控除	身体								別居	調整		
	精神											
	療育	級										
フリガナ												続柄
氏名												
個人番号												
生年月日	平 令 年 月 日											
障害者控除	身体								別居	調整		
	精神											
	療育	級										
フリガナ												続柄
氏名												
個人番号												
生年月日	平 令 年 月 日											
障害者控除	身体								別居	調整		
	精神											
	療育	級										

○ 寄附金の内訳書

寄附先の所在地・名称	寄附額
	円
合計	

○ 配当割・譲渡割税額控除について

配当割税額控除額	円
株式等譲渡所得割税額控除額	

○ 給与・公的年金等に係る所得以外(令和8年4月1日において65歳未満の方は給与所得以外)の所得に係る市・府民税の納税方法

<input type="checkbox"/> 給与から差引き(特別徴収)	<input type="checkbox"/> 自分で納付(普通徴収)
--	--------------------------------------