

酒田市長 宛

令和6年度 市民税・県民税・国民健康保険税申告書（簡易申告書）

来年度の申告書送付	<input type="checkbox"/> 必要
	<input type="checkbox"/> 不要



年 月 日 提出

令和6年1月1日 の住所	酒田市									
フリガナ										
氏名										
個人番号 (マイナンバー)										
生年月日	大	昭	平	令	年	月	日	電話番号		

市 役 所 整 理 欄			
行政区 コード			
世帯番号			
整理番号			

1. 収入金額に関する事項(該当する項目に記入し、 に をしてください。)

区 分	収入金額	支払者等
<input type="checkbox"/> 給与	円	
<input type="checkbox"/> 雑 公的年金等	円	

区 分	収入金額 ①	必要経費 ②	所得③(①-②)
<input type="checkbox"/> 雑 個人年金	円	円	円
<input type="checkbox"/> 雑 その他 ()	円	円	円
<input type="checkbox"/> 不動産(小作料)所得	円	円	円
<input type="checkbox"/> () 所得	円	円	円
<input type="checkbox"/> () 所得	円	円	円

※ 営業・農業・不動産(小作料)に該当する場合は、「収支内訳書」の記入をお願いします。

※ 総合譲渡・一時所得に該当する場合は、特別控除後の額を③に記入してください。

2. ご本人と扶養親族等の状況 (令和5年12月31日 の状況で、該当する項目に記入または ○・ をしてください。)

本 人	<input type="checkbox"/> ひとり親控除	<input type="checkbox"/> 寡 婦 控 除	<input type="checkbox"/> 死別	<input type="checkbox"/> 離別	<input type="checkbox"/> 生死不明
	<input type="checkbox"/> 障害者控除	<input type="checkbox"/> 特別	<input type="checkbox"/> 普通	※手帳等の種類 (身体・精神・療育・認定書)	
	<input type="checkbox"/> 勤労学生控除	(学校名)	等級 (1・2・3・4・5・6・A・B)		

区 分	氏 名	続 柄	生年月日	個人番号 (マイナンバー)	同居区分	障害者控除	同一生計 配偶者
配偶者(特別)控除	配偶者の 合計所得 [円]	/	大昭平令 . .		同居・別居	特別・普通	<input type="checkbox"/>
・扶養控除 ・16歳未満の 扶養親族			大昭平令 . .		同居・別居	特別・普通	/
			大昭平令 . .		同居・別居	特別・普通	/

事業専従者 青色申告の承認 有・無	氏 名	続 柄	生年月日	個人番号 (マイナンバー)	専従者給与 (控除) 額
				大昭平令 . .	
			大昭平令 . .		円

3. 前年中に収入がなかった場合の記入欄 (該当する項目の に をして、必要な内容について記入してください。複数可)

<input type="checkbox"/> 次の者に扶養されている。(援助・仕送りされている等) 住 所 : _____ 氏 名 : _____ あなたから見た続柄 : _____ 生年月日 : _____ 大昭平令 . .	
<input type="checkbox"/> 遺族年金・障がい年金を受給していた。	<input type="checkbox"/> 雇用保険(失業保険)を受給していた。
<input type="checkbox"/> その他(生活の状況が分かるよう、できる限り詳しく記入してください。)	

裏面をご覧ください。該当する事項がある場合は記入をお願いいたします。

4. 所得から差し引かれる金額に関する事項 (該当する項目に記入または ✓ をしてください。)

医療費控除	支払った金額 (医療費・医薬品)	保険金などで補てんされる金額
	円	円

一般分
 特例分 (セルフメディケーション)

※ 明細書などを必ず添付してください。

※ いずれか一方を選択

社会保険料控除	保険の種類	支払った保険料
	給与・年金から差し引かれた社会保険料	円
	国民健康保険	円
	国民年金	円
	後期高齢者医療保険	円
	介護保険	円
	その他 ()	円
小規模企業共済等掛金控除		円

地震保険料控除	地震保険料の合計	円
	旧長期損害保険料の合計	円
		円

※ 支払いを証明する書類を必ず添付してください。

※ 支払いを証明する書類を必ず添付してください。

生命保険料控除	保険の種類 (該当するものを○で囲む)	新旧区分	支払った保険料
	一般生命保険 ・ 個人年金保険 ・ 介護医療保険	新・旧	円
	一般生命保険 ・ 個人年金保険 ・ 介護医療保険	新・旧	円
	一般生命保険 ・ 個人年金保険 ・ 介護医療保険	新・旧	円
	一般生命保険 ・ 個人年金保険 ・ 介護医療保険	新・旧	円
	一般生命保険 ・ 個人年金保険 ・ 介護医療保険	新・旧	円

※ 支払いを証明する書類を必ず添付してください。

雑損控除	損害の原因	損害発生日	損害を受けた資産の種類	a 損害額	b 補てん額	a-bのうち災害関連支出額
					円	円

※ 損害額や補てん額の分かる書類を必ず添付してください。

5. 寄附金に関する事項

都道府県・市区町村分 (ふるさと納税)	円	
山形県共同募金会分、日赤山形支部分	円	
条例指定分	山形県分	円
	酒田市分	円

※ 寄附を証明する書類を必ず添付してください。

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。

6. 配当割額・株式等譲渡所得割額に関する事項

配当割額控除額	円
株式等譲渡所得割額控除額	円

※ 金額の分かる書類を添付してください。

7. 所得金額調整控除に関する事項

(給与収入金額が850万円を超える方)

控除の適用を受ける場合は要件欄の□に✓を付け、該当者について下の欄に記入してください。

要件	<input type="checkbox"/> 扶養親族が特別障害者 <input type="checkbox"/> 扶養親族が年齢23歳未満		
氏名	生年月日	続柄	
	・	・	
障害者	身・精・療・認 (級)	個人番号	
別居の場合の住所			

8. 給与・公的年金等に係る所得以外 (令和6年4月1日において65歳未満の方は給与所得以外)

の所得に係る市民税・県民税の納税方法 (該当する項目の □ に ✓ をしてください。)

<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)
---	---------------------------------------