

受付印

資料番号 0

新規変更

Table with columns for tax number (課税番号) and reason code (理由CD). Includes values 16, 24, 25, 26, 27 and 0, 1.

※太枠内を記入してください

Personal information section including name (フリガナ, 氏名), personal number (個人番号), date of birth (生年月日), and telephone number (電話番号).

Income section (収入) with columns for category (e.g., 営業等, 農業, 不動産) and amount.

Income section (所得) with columns for category (e.g., 営業等, 不動産, 利子) and amount.

Income section (所得) with columns for deduction type (e.g., 医療費控除, 社会保険料控除) and amount.

Summary row for taxable income (課税される所得金額) with amount 000.

Table of special allowances (特別扶養) with categories like 同居老親 and 老人・老人配偶者.

Table for income details (所得金額等) with columns for code (コード), SP, and amount.

⑪ 医療費控除もしくはセルフメディケーション税制を申告する場合、令和3年度の申告より明細書の添付が必ず必要となります。

Table for social security contributions (社会保険料控除) including health insurance (健康保険料) and national pension (国民年金).

Table for life insurance (生命保険料控除) including new contracts (新契約) and old contracts (旧契約).

Spouse and dependent information section (配偶者の氏名, 扶養親族の氏名) including names, birth dates, and residence status.

給与・公的年金に係る所得以外 (令和3年4月1日において65歳未満の方は給与所得以外) の市・県民税の納税方法

申告の際は源泉徴収票等の証明書、各控除に必要な支払証明書を別紙に添付してください

別添有無

④ 給与所得・公的年金等(雑)所得の内訳

所得の種類	収入金額	給与又は公的年金等の支払者の名称・氏名
年金・給与	円	
年金・給与	円	
年金・給与	円	
年金・給与	円	

⑤ 給与所得・公的年金等(雑)所得以外の所得の内訳・算出明細 (営業・農業・不動産・利子・その他雑・総合譲渡・一時所得など)

所得の種類	(a) 収入金額	(b) 必要経費	(c) 特別控除額	所得金額(a)-(b)-(c)
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円

総合譲渡所得や一時所得の計算には、特別控除額などがあります。(申告書の書き方 P 4 参照)

⑥ 分離課税の短期・長期譲渡所得、株式等譲渡所得、上場株式等の配当所得等、先物取引に係る雑所得等に関する事項

所得の種類	所得の生ずる場所	(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))
		円	円	円	円	円
		円	円	円	円	円

⑦ 配当割額・株式等譲渡所得割額

配当割額	円
株式等譲渡所得割額	円

配当割額や株式等譲渡所得割額の控除を受ける場合は金額を記入してください。(証明書等が必要です。)

⑧ 雑損控除 (計算結果を表面の「所得から差し引かれる金額」欄⑩へ記入)

損害資産の種類	(a) 損害金額	(b) 保険金などで補填される金額
	円	円
(c) 総所得金額等の10%	(d) ((a)-(b)-(c))	災害関連支出の金額-5万円と(d)のいずれが多い方の金額
円	円	⑩へ 円

⑨ 繰越損失額

純・雑損失繰越控除額	円
------------	---

⑩ 寄附金に関する事項

(寄附した金額を記入してください。領収書等が必要です。)

都道府県、市区町村分 (特例控除対象)	円
兵庫県のご共同募金会、 日赤支部分、その他の寄附	円
条例指定分	円
兵庫県	円
西宮市	円

⑪ 医療費控除

(a) 支払った医療費	(b) 保険金などで補填される金額	(c) 総所得金額⑨の5%と10万円の少ない方の金額
円	円	円

セルフメディケーション税制

(a) 支払った金額	(b) 保険金などで補填される金額
円	円

添付資料	返却 別添 No
------	-------------

⑫ 別居の扶養親族の住所・氏名を記入してください。

住所 _____ 氏名 _____
 住所 _____ 氏名 _____

⑬ 扶養親族記載欄 (表面の続きもしくは所得金額調整控除を適用する場合)

氏名	フリガナ	個人番号	続柄	生年月日	障害者	その他
				明大 昭平令	障	特障 調整
				明大 昭平令	障	特障 調整
				明大 昭平令	障	特障 調整

⑭ 令和2年中に所得がなかった方、扶養されていた方は記入してください。 ○印又は記入

ア 生活状況 障害年金・遺族年金・雇用保険・貯蓄・生活保護・親族の援助・その他 ()

イ あなたを扶養していた人 氏名 _____ 続柄 _____

住所、電話番号は本人と同じ

住所 _____ 電話番号 () - _____

※ 事業専従者・事業税に関する申告は、確定申告書B第二表の明細を添付してください。

※ 添付書類貼付禁止 ※ (別紙、貼付用台紙に貼ってください。)



添付書類貼付用台紙

課税番号
— —

住所	西宮市	氏名	
----	-----	----	--

この枠内に資料を貼り付けてください。

源泉徴収票、生命保険料・地震保険料の控除証明書、健康保険料・国民年金保険料の支払証明書などをこの面に貼ってください。

受付者