

受付番号

令和7年度(令和6年分)市民税・県民税(国民健康保険税)申告書

お問合せ番号

水戸市長宛て
提出
有 無

様

現住所
1月1日現在の住所
フリガナ
氏名
個人番号
電話番号
世帯主の氏名

3 所得から差し引かれる金額に関する事項

※分離課税に係る所得のある方は、「市民税・県民税申告書(分離課税専用)」をあわせて提出してください。

13 社会保険料控除
15 生命保険料控除
16 地震保険料控除
17~19 寡婦控除 ひとり親控除 勤労学生控除
20 障害者控除
21~22 配偶者控除
23 扶養控除
16歳未満扶養対象外親族
25 雑損控除
26 医療費控除

Table with 27 rows and 4 columns: 1 収入金額等, 2 所得金額, 4 所得から差し引かれる金額. Includes categories like 事業, 不動産, 雑業, 総合譲渡, 社会保険料控除, etc.

5 給与・公的年金等に係る所得以外(令和7年4月1日において65歳未満の方は給与所得以外)の市民税・県民税の納税方法

給与から差引き(特別徴収)
自分で納付(普通徴収)

「個人番号」欄には、個人番号(マイナンバー)(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第2条第5項に規定する個人番号をいう。)を記載してください。

地方税法附則第4条の4の規定の適用を選択する場合には、「医療費控除」欄の「区分」の□に「1」と記入してください。

裏面にも記載する欄がありますので、注意してください。



6 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	円		円
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
賞与等			円
合計			
勤務先所在地			
勤務先名			
電話番号	-	-	

7 事業・不動産所得に関する事項

所得の種類	支払者の名称及び所在地	収入金額	必要経費	青色申告特別控除額
		円	円	円

8 配当所得に関する事項

配当所得の種類	支払者の名称及び所在地	支払確定年月	収入金額	必要経費
		・	円	円
		・		
				国外株式等に係る外国所得税額

9 雑所得（公的年金等以外）に関する事項

種目	支払者の名称及び所在地	収入金額	必要経費
		円	円

10 総合譲渡・一時所得の所得金額に関する事項

	収入金額	必要経費	差引金額 (収入金額-必要経費)	特別控除額	所得金額 (差引金額-特別控除額)
総合譲渡	円	円	円	円	円
短期				イ	
長期				ロ	
一時				ハ	
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、ハの金額を表面のシに記入してください。
右の二の金額を表面の⑩の所得金額欄へ記入してください。

11 事業専従者に関する事項

氏名	続柄	生年月日	明・大・昭 平・令	専従者給与 (控除)額
			・	円
個人番号				従事月数
氏名			・	円
個人番号				従事月数
氏名			・	円
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

13 事業税に関する事項

非課税所得など	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	

12 別居の扶養親族等に関する事項

フリガナ	氏名	個人番号	住所	国外居住
				<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払
				<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払
				<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払

14 寄附金に関する事項

都道府県、市区町村分 (特例控除対象)	円
茨城県共同募金会、日赤茨城県支部 都道府県、市区町村分(特例控除対象以外)	
条例指定分	茨城県 水戸市

15 所得金額調整控除に関する事項

氏名	
生年月日	明・大・昭・平・令
続柄	特別障害者に該当する場合 <input type="checkbox"/> 級度
別居の場合の住所	
個人番号	

16 令和6年中に所得(収入)のなかった方は、下記により生活の根拠を記入してください。

<input type="checkbox"/> 下記の者に扶養又は仕送り等の援助を受けていた。	次のいずれかに該当する。
1 住所 氏名 続柄	<input type="checkbox"/> 遺族年金を受給していた。 <input type="checkbox"/> 障害年金を受給していた。 <input type="checkbox"/> 雇用保険を受給していた。 <input type="checkbox"/> 生活保護を受給していた。
2 <input type="checkbox"/> 貯蓄で生活していた。	<input type="checkbox"/> その他(例:養育費、傷病手当等) ()
3	
4	