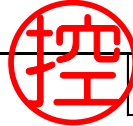


申告の控が必要な場合は、コピーを取るか下記に記入してください。  
 (申告書の裏面に記載がある場合は、裏面も記入してください)

令和 4 年度 市 民 税 ・ 県 民 税 申 告 書

受付印  岡山市長あて  令和 年 月 日 提 出	令和 4 年 1月1日の住所	生年月日	明 大 昭 平 令 年 月 日	
	現 住 所 (同上)	世帯主 の氏名		世帯主 との続柄
	フリガナ	電 話	自宅・勤務先・携帯 ( ) -	
	氏 名	個人番号	* * * * * * * * * * * * * * * *	

※裏面にも記載する欄がありますから注意してください。



控には個人番号(マイナンバー)の記入は不要です。

所得から差し引かれる金額	13	社会保険料控除	源泉徴収票記載の社会保険料	円	収入金額等  事業 営業等 ア 農 業 イ 不 動 産 ウ 利 子 エ 配 当 オ 給 与 カ 公的年金等 キ 業 務 ク そ の 他 ケ 短 期 コ 長 期 サ 一 時 シ  所得金額等  事業 営業等 ① 農 業 ② 不 動 産 ③ 利 子 ④ 配 当 ⑤ 給 与 ⑥ 公的年金等 ⑦ 業 務 ⑧ そ の 他 ⑨ 雑 所 得 計 ⑩ 総合譲渡・一時 ⑪ 合 計 ⑫  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・勤労学生控除 17 障害者控除 18 配偶者控除・配偶者特別控除 19 扶養控除 20 基礎控除 21 13から21までの計 22 雑損控除 23 医療費控除 24 合 計 (22+23+24) 25
	14	小規模企業共済等掛金控除	支払った小規模企業共済掛金(旧第2種は除く)、心身障害者扶養共済の掛金及び個人型確定拠出年金の掛金等の合計額	円	
	15	生命保険料控除	新生命保険料の金額 円 旧生命保険料の金額 円 新個人年金保険料の金額 円 旧個人年金保険料の金額 円 介護医療保険料の金額 円	円	
	16	地震保険料控除	地震保険料の金額 円 旧長期損害保険 円	円	
	17	寡婦控除・ひとり親控除 勤労学生控除	<input type="checkbox"/> 寡婦控除 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> ひとり親控除 <input type="checkbox"/> ひとり親父 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> ひとり親母 ( 学校名 )		
	18	障害者控除	氏名 (加) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 特別障害者	明大昭平	
	19	配偶者控除・配偶者特別控除・同一生計配偶者	氏名 (加) 明大昭平 個人番号 * * * * * * * * * * * * * * * * * * 配偶者の合計所得 円 <input type="checkbox"/> 同一生計配偶者(控除対象配偶者を除く。)	円	
	20	扶養控除	氏名 (加) 明大昭平 個人番号 * * * * * * * * * * * * * * * * * * <input type="checkbox"/> 同居 続柄 <input type="checkbox"/> 別居 控除額 万円	万円	
	16歳未満の扶養親族	氏名 (加) 平成令和 個人番号 * * * * * * * * * * * * * * * * * * <input type="checkbox"/> 同居 続柄 <input type="checkbox"/> 別居	平成令和		
	氏名 (加) 平成令和	平成令和			
	氏名 (加) 平成令和	平成令和			
	別居の控除対象配偶者・扶養親族の住所氏名	扶養控除額の合計 万円			
	23	雑損控除	控除額は裏面で求めてください。		
	24	医療費控除	A 支払った医療費 円 B 保険金などで補てんされる金額 円 C 所得の5%と10万円の少ない方の金額 円		
	医療費控除の特例(セルフメディケーション税制)	A 医薬品等購入金額 円 B 保険金などで補てんされる金額 円 C 定額(1万2千円) 円	12,000		
	市 県 民 税 の 納 税 方 法	給与・公的年金等に係る所得以外(令和4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 <input type="checkbox"/> 給与から差し引かれることを希望する <input type="checkbox"/> 自分で納付することを希望する			

©上記に書ききれない扶養親族、及び事業専従者に関する事項は、裏面にご記入ください。

◎雑所得（公的年金等以外）に関する事項

雑所得の種類	所得の生ずる場所又は支払者の名称・氏名	収入金額	必要経費等	差引金額
業務		円	円	円
その他		円	円	円

◎総合譲渡・一時所得の所得金額に関する事項

区分	収入金額	必要経費	差引金額	特別控除額	所得金額	⑪ 総合譲渡／一時 ※表面の⑪に記入する所得金額 ア+(イ+ウ)×1/2	
総合譲渡	短期	円	円	円	円		円
	長期	円	円	円	円		円
一時	円	円	円	円	円		円

◎分離課税の所得内訳

所得の種類 (該当所得に○印を)	短期譲渡所得		長期譲渡所得			株式等の譲渡所得等		上場株式等の配当	先物	山林
	一般分	軽減分	一般	特定	軽減	一般	上場			
種目	収入金額		必要経費			差引金額		特別控除額	所得金額	繰越控除額
	円		円			円		円	円	円
	円		円			円		円	円	円

所得税で申告分離課税を選択した上場株式等の譲渡所得等について、申告不要制度を選択する場合は○

所得税で総合課税又は申告分離課税を選択した上場株式等の配当所得等について、申告不要制度を選択する場合は○

◎日雇の大工・左官などの方及び源泉徴収をしていない事業所や日給制の職場で働いている方の記入する欄

月	収入金額	月	収入金額	月	収入金額	月	収入金額	給与の支払者	
1	円	4	円	7	円	10	円		
2	円	5	円	8	円	11	円	賞与等	円
3	円	6	円	9	円	12	円	収入合計	円

◎雑損控除の求め方

損害の原因	損害年月日	損害を受けた資産の種類など	① 損害金額	② 保険金などで補てんされる金額	表面の③へ記入する雑損控除額
			円	円	円
控除額は、 $\left\{ \left[ \frac{\text{差引金額}}{\text{①}-\text{②}} \right] - \left[ \frac{\text{表面の③所得合計の10\%の金額}}{\text{①}-\text{②}} \right] \right\}$ と $\left\{ \left[ \frac{\text{差引損失額(①-②のうち災害関連支出の金額)}}{\text{①}-\text{②}} \right] - 5\text{万円} \right\}$ とのいずれか多い方の金額					③ 円

◎寄附金税額控除に関する事項

寄附金額	区分		金額				寄附先
	都道府県、市区町村分(特別控除対象)						円
	岡山県共同募金会、日赤支部、都道府県、市区町村分(特別控除対象以外)						円
	条例指定分	岡山県指定分					円
岡山市指定分						円	

◎配当割額又は株式等譲渡所得割額の控除に関する事項

特定配当等に係る所得金額、特定株式等譲渡所得金額を総所得に含め、配当割額又は株式等譲渡所得割額の控除を受けようとする場合は、下欄に配当割額及び株式等譲渡所得割額を記入してください。

配当割額控除額	円
株式等譲渡所得割額控除額	円

◎扶養控除追加記入欄・所得金額調整控除に関する事項

※別居の場合は、その方の住所もご記入ください。

氏名	(カ)	大昭平令	住所	
個人番号	*****	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	続柄	控除額 万円
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 所得金額調整控除の対象(扶養控除対象外)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 特別障害者に該当(障害者控除対象外)

◎事業専従者に関する事項

氏名	(カ)	大昭平令	続柄	
個人番号	*****	従事月数	専従者給与(控除)額	円
氏名	(カ)	大昭平令	続柄	
個人番号	*****	従事月数	専従者給与(控除)額	円
所得税における青色申告承認の有無		有・無	専従者給与(控除)の合計額	

◎事業税に関する事項

非課税所得など	所得金額	円
損益計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		

◎通信欄

(申告対象年中に所得のなかった人など次の事項に該当する人や特記事項がある場合は数字を○で囲み必要事項を記入してください。)

1 以下の人から扶養または援助を受けていた。 氏名 (続柄) (申告者と別居の場合) 住所	5 遺族年金・障害年金・雇用保険・恩給等で生活していた。
2 勤務先から給与支払報告書を提出済みです。 勤務先名 電話番号	6 預貯金等で生活していた。
3 学生 (学校名)	7 生活保護法による扶助を受けていた。 年 月～ 年 月
4 病気療養中(入院・通院)	8 その他
	税理士 電話番号( ) - 署名 税理士法第30条の書面提出有 <input type="checkbox"/>