

受付印

西宮市長 殿

令和4年度(令和3年分)市・県民税申告書

年 月 日提出

資料番号

資料番号: 0

課税番号: L 整理番号

本人確認書類 運保マバ在( )
フリガナ
氏名
個人番号(マイナンバー)
生年月日(元身に○をつけてください)
電話番号

令和4年4月1日現在の住所 西宮市

※太枠内を記入してください

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

収入金額等
事業 営業等 ⑦
事業 農業 ①
不動産 ⑵
利子 ⑶
配当 ⑷
給与 ⑸
公的年金等 ⑹
その他 ⑺
総合譲渡 ⑻
短期 ⑽
長期 ⑾
一時 ⑿

所得金額
事業 営業等 ①
事業 農業 ②
不動産 ③
利子 ④
配当 ⑤
給与 ⑥
雑 ⑦
総合譲渡・一時 ⑧
合計 ⑨

所得から差し引かれる金額
雑損控除 ⑩
医療費控除 ⑪
社会保険料控除 ⑫
小規模企業共済等掛金控除 ⑬
生命保険料控除 ⑭
地震保険料控除 ⑮
寡婦・ひとり親控除 ⑯
勤労学生・障害者控除 ⑰
配偶者控除 ⑱
配偶者特別控除 ⑲
扶養控除 ⑳
基礎控除 ㉑
合計 ㉒

課税される所得金額(⑨-㉒)千円未満切捨 000

特定扶養 平成11年1月2日から平成15年1月1日生 45万円
同居老親(父母など) 昭和27年1月1日以前生 45万円
老人・老人配偶者 昭和27年1月1日以前生 38万円
配偶者・その他 平成18年1月2日以降生を除く 33万円
年少扶養 平成18年1月2日以降生 0万円
特別障害(同居の親族) 身体1・2級・精神1級・知的(療育)A判定 53万円
特別障害(別居又は本人) 身体1・2級・精神1級・知的(療育)A判定 30万円
普通障害 身体3級・精神2級・知的(療育)B判定以下 26万円

コード SP 所得金額等 受付 /
1 3 SP 14
15 17 SP 28
29 31 SP 42 入力 /
43 45 SP 56
57 59 SP 70
71 73 SP 84 点検 /
85 87 SP 98
本人該当 控配 特定 同老 老人 扶 養 同特 別特 普障 16未
99 102 103 1 3 104 105 106 107 108 109 110 111 112

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。
※領収書のみでは医療費控除の受付はできません。

⑫社会保険料控除
健康保険料 介護保険料 国民年金
その他 本人以外の保険料 支払額合計
⑫へ 円

⑭生命保険料控除
新契約支払金額 ⑮支払金額
地震保険料 地震旧長期
旧契約支払金額
⑯本人該当
⑰普通障害(26万円)
⑱特別障害(30万円)
⑲勤労学生(26万円)

⑰配偶者の氏名 生年月日
フリガナ
氏名
個人番号
配偶者の合計所得 ㉔ 円
扶養親族の氏名 続柄 生年月日
フリガナ
氏名
個人番号
フリガナ
氏名
個人番号
※別居の扶養親族がいる場合は、裏面①に別居住所を記載してください。
※扶養親族が書ききれない場合は、続きを裏面の①に記載してください。
※所得金額調整控除を適用する場合の扶養親族の記載については裏面①に記載してください。

給与・公的年金に係る所得以外(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)の市・県民税の納税方法
□ 給与からの差引き(特別徴収) □ 自分で納付(普通徴収)

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 繰越損失額

純・雑損失繰越控除額	円
------------	---

⑨ 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	
兵庫県の共同募金会、 日赤支部分、その他の寄附	円	
条例指定分	兵庫県	円
	西宮市	円

⑩ 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)のいずれか多い方の金額
円	円	⑩へ 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	
						障	特障	調整	
						障	特障	調整	
						障	特障	調整	

⑭ 令和3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。)