

下の欄には記入しないでください。

1

受付	身元	整理番号	
窓口・郵送	本人・代理人	12345	
入力	確認①	確認②	生年月日
			年 月 日
本人確認書類			
個人・免許・パス・在留・保険・住民 年金・障害・その他( )			

## 令和8年度 町民税・府民税申告書

大山崎町長様

令和 年 月 日

受付印

住所	<input type="checkbox"/> 上記宛先と同じ 大山崎町字円明寺小字 下植野		
(フリガナ) 氏名	<input type="checkbox"/> 上記宛先と同じ		電話番号
個人番号			生年月日 大・昭 平・令 年 月 日
代理人氏名	代理人 電話番号	代理人 電話番号	代理人 との関係

収入・所得金額	収入金額			所得金額		
	事業	営業等	601	事業	営業等	001
		農業	602			002
		不動産	603	不動産		004
		利子	604	利子		005
		配当	605	配当		006
		給与	701	給与		007
総合譲渡	公的年金等	096		公的年金等	008	
	業務	697		業務	797	
	その他	606		その他	097	
	短期	009		総合譲渡・一時	503	
		長期	506			112
		一時	507	合計所得		

所得のなかつた方	<input type="checkbox"/> 下記の人より扶養（援助）されていた。 (住所) <input type="checkbox"/> 申告者と同じ (氏名) (続柄)		
	<input type="checkbox"/> 預貯金で生活していた。		
	<input type="checkbox"/> 次の非課税所得で生活していた。 <input type="checkbox"/> 遺族年金, <input type="checkbox"/> 障害年金, <input type="checkbox"/> 雇用（失業）保険, <input type="checkbox"/> 恩給, <input type="checkbox"/> その他( )		
	<input type="checkbox"/> 生活保護法による生活扶助を受けていた。		
	<input type="checkbox"/> その他 昨年の生活状況を記入してください。 ( )		

\*控除額等は裏面に記載をお願いします。

社会保険料	国民健康保険税(料)Ⓐ		国民年金保険料Ⓑ		介護保険料Ⓒ		控除額 (Ⓐ+Ⓑ+Ⓒ+Ⓓ+Ⓔ+Ⓕ)					
	後期高齢者医療保険料Ⓓ		源泉徴収票の社会保険料Ⓔ		その他Ⓕ		013					
新生命保険料	706	円	新個人年金保険料	705	円	介護医療保険料	703	円				
旧生命保険料	702	円	旧個人年金保険料	037	円							
地震保険料	地震保険支払額		旧長期保険支払額		維損	損害金額	保険等補填額	災害関連支出の金額				
	041	円	079	円		円	円	円				
医療費	支払った医療費Ⓐ		補填される金額Ⓑ		差引金額Ⓐ-Ⓑ		セルフメディケーション税制		控除額			
		円		円		円	<input type="checkbox"/> 選択する場合は チェックしてください	012				
本人障害	身体・精神(級) 療育()	ひとり親・寡婦		<input type="checkbox"/> 死別 · <input type="checkbox"/> 生死不明 · <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未帰還 · <input type="checkbox"/> 未婚		勤労学生	学校名					
配偶者	氏名		個人番号			同一生計	生年月日	障害		配偶者の合計所得		
						<input type="checkbox"/>	大・昭・平・令 · ·	身体・精神(級) 療育()	040	円		
扶養親族	氏名		個人番号			続柄	生年月日	障害		所得金額 調整控除	別居	国外居住
						<input type="checkbox"/>	大・昭・平・令 · ·	身体・精神(級) 療育()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	大・昭・平・令 · ·	身体・精神(級) 療育()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	大・昭・平・令 · ·	身体・精神(級) 療育()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
別居の扶養親族等がいる場合は、住所を記入してください。		(住所) 30歳以上70歳未満の国外居住親族 : <input type="checkbox"/> 留学により非居住 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 申告者から令和7年中38万円以上の支払いを受けた										
特定親族	氏名		個人番号			続柄	生年月日	特定親族の合計所得		特定親族特別控除額		
						<input type="checkbox"/>	平 · ·	円		円		
専従者	氏名		個人番号			続柄	生年月日	専従者給与(控除)額		従事月数	青・白	
						<input type="checkbox"/>	大・昭・平・令 · ·	円	カ月			
065												

#### 寄附金に関する事項

都道府県・市町村分 (ふるさと納税)	086	円
京都府の共同募金会 日本赤十字支部	087	円
京都府条例指定分	089	円
大山崎町条例指定分	088	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

配当割額控除額	046	円
株式等譲渡所得割額 控除額	047	円

#### 給与・公的年金等に係る所得以外(令和8年4月1日において 65歳未満の方は給与所得以外)の町民税・府民税の納税方法

<input type="checkbox"/> 給与天引き(特別徴収)	<input type="checkbox"/> 自自分で納付(普通徴収)
--------------------------------------	---------------------------------------

以下に該当される場合、給与所得の内訳を記入してください。

- 源泉徴収票の提出が困難な場合
- 収入が記帳されている通帳の写しの提出が困難な場合
- 日給などの給与所得のある方で、源泉徴収票がない場合

(1ヶ月の平均収入)	(勤務月数)
円×	カ月
勤務先住所	
勤務先名称	
勤務先電話番号	