

310

令和5年度 市・府民税申告書(令和4年中収入)

40

整理
番号

代理人の方が申告される場合は、申告書下部の代理
申告者欄に所定の事項をご記入ください。

郵

受付印

提出日 令和 年 月 日

令和5年1月1日 交野市

の住所

※日中の連絡先

電話

名称

フリガナ

13

職業・
勤務先
(学校名)

所在地

氏名

生年

大正・昭和

平

14

和

電話

個人番号

205

年

月

日

無収入申告 令和4年中、無収入であったことを申告します。(→右欄にレ点をご記入ください。)

※課税証明書への表示や各種社会保障制度等との関係上、障がいや扶養親族等について申告する必要がある場合は、併せて下欄に必要事項をご記入ください。

所得金額	収入金額 円	必要経費 円	所得金額(調整控除後) 円
営業等 1			
農業 3			
不動産 7			
配当 11			
給与 13			
給付 15			
雑所得 129			
その他 16			
合計			

赤色の枠で囲まれて
いる部分については、
コードと金額を設定
してください。

この欄は記入しないでください

社会保険料	国民健康保険	後期高齢者医療保険	介護保険	社会保険料控除額
小規模企業 共済等掛金 控除	※国民年金	その他	小規模企業共済等掛金	小規模企業共済等掛金控除額
※新生命保険料	※旧生命保険料			
生命保険料 控除	535	円 532	円	生命保険料控除額
※新個人年金保険料	※旧個人年金保険料	※介護医療保険料		
536	円 58	円 537	円	
※地震保険料	※旧長期損害保険料			
534	円 60	円	円	
本人控除	寡婦(死別・離婚・生死不明)	ひとり親	勤労学生	(一般・特別)障がい者 (身体・療育・精神) 級
配偶者	フリガナ・氏名	生年月日及び個人番号	続柄	障がい 同居
(カナ)	207	大・昭・平・令 年 月 日	妻	身体 精神 同居
(カナ)	210	大・昭・平・令 年 月 日	夫	身体 精神 同居
(カナ)	213	大・昭・平・令 年 月 日		身体 精神 同居
(カナ)	216	大・昭・平・令 年 月 日		身体 精神 同居
(カナ)	219	大・昭・平・令 年 月 日		身体 精神 同居
(カナ)	222	大・昭・平・令 年 月 日		身体 精神 同居
配偶者の合計所得金額	501	円	基礎控除	万円
雑損控除	※損害金額	補てんされる金額	内災害関連支出額	雑損控除額
医療費控除	※支払った医療費	補てんされる金額	※所得金額等5%又は10万円(特例分は12,000円)	医療費控除額
特例分	54	円 832	円	円

裏面も確認のうえ、必要事項をご記入ください。

代理人 氏名	本人との 続柄
電話	
住所	
職業 確認	身元 確認
代理権 確認	委託状 確認

身元・番号確認	内容確認(職員確認)
個人番号カード	扶養 特定 同 老 他 年少
通票	1 特別
免許証	2 その他
保険証	本人該当
その他	
裏面	扶配障
添付	同居 特 他
別保管	1 子育て・介護 2 給与・年金 1 寡婦 2 Dより親

拡大

同配	控	対	配	同	特	扶	養	本人障がい
1 有	1 有	1 有	1 有	1 有	1 有	1 有	1 有	1 有
2 有	2 有	2 有	2 有	2 有	2 有	2 有	2 有	2 有
3 有	3 有	3 有	3 有	3 有	3 有	3 有	3 有	3 有
24	23	25	27	28	29	30	31	35
32	33	34						
32	33	34						
243								
37								
36								