

327

## 令和6年度 市・府民税申告書(令和5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

名称	
職業・勤務先 (学校名)	
所在地	
電話	( )

令和5年1月1日 の住所	交野市	※日中の連絡先	
フリガナ	13	電話	
氏名		生年月日	大正・昭和 14 年 月 日
個人番号	205		

無収入申告 令和5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。)

※源泉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	この欄は記入しないでください
営業等 1				2 営業
農業 3				8 不動産
不動産 7				12 配当
配当 11				14 給与
給与 13				524 公年
雑所得 15				541 業務
雑所得 129				525 他雑
その他 16				17 雑所得計
合計				23 所得合計
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	532		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	58	537		59 生保(住民税)
地震保険料控除	※地震保険料	※旧長期損害保険料		533 地震(住民税)
534	60			
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
配偶者	フリガナ・氏名	生年月日及び個人番号	被褥	障がい
207		大・昭・平・令 年 月 日	妻	身体 精神 同
211		大・昭・平・令 年 月 日	夫	身体 精神 同
215		大・昭・平・令 年 月 日		身体 精神 同
219		大・昭・平・令 年 月 日		身体 精神 同
223		大・昭・平・令 年 月 日		身体 精神 同
227		大・昭・平・令 年 月 日		身体 精神 同
230				
配偶者の合計所得金額	501			基礎控除
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	医療費控除額	
特別分	54	832		

裏面も確認のうえ、必要事項をご記入ください。

代理申告者	氏名	本人との続柄
	電話	
	住所	
身元	□免許証	□その他( )
代理権	□委任状	□その他( )

身元・番号確認	内容確認(職員確認)
□個人番号カード	□氏名 氏名 氏名 氏名 氏名 氏名 氏名 氏名 氏名 氏名
□通方 □住票	□住所 住所 住所 住所 住所 住所 住所 住所 住所 住所
□免許証 □保障証	□扶配 扶配 扶配 扶配 扶配 扶配 扶配 扶配 扶配 扶配
□その他	□調整 調整 調整 調整 調整 調整 調整 調整 調整 調整
□裏面	□本人 本人 本人 本人 本人 本人 本人 本人 本人 本人
□準付	□その他 252
□関係官	□その他 37

拡大

24	23	25	27	28	29	30	31	35
32	33	34						
252								
36								