

令和7年度 市県民税・国民健康保険税等申告書
(令和6年1月1日～令和6年12月31日)

大野城市長 令和 年 月 日 提出 申告代理人	住所	大野城市																	
	フリガナ					生年月日	明 大 昭 平 令 年 月 日												
	氏名					電話番号	()												
	個人番号												世帯主名			続柄		業種又は職業 (屋号・勤務先)	
												☐ 控除 ☐ 所得 ☐ 確申案内済							

[illegible]

B 所得から差し引かれる金額に関する事項	扶養親族 16歳未満の扶養親族	配偶者特別控除 同一生計配偶者 (控除対象配偶者を除く)	氏名	生年月日	年	月	日	個人番号	配偶者の障害 身体()級・療育() 精神()級・その他() 1.同居特別 2.特別 3.その他	居住 1.同居 2.別居		
			氏名		続柄	生年月日	年	月	日	個人番号	被扶養者の障害 身体()級・療育() 精神()級・その他() 1.同居特別 2.特別 3.その他	居住 1.同居 2.別居
			氏名		続柄	生年月日	年	月	日	個人番号	被扶養者の障害 身体()級・療育() 精神()級・その他() 1.同居特別 2.特別 3.その他	居住 1.同居 2.別居
			氏名		続柄	生年月日	年	月	日	個人番号	被扶養者の障害 身体()級・療育() 精神()級・その他() 1.同居特別 2.特別 3.その他	居住 1.同居 2.別居
			氏名		続柄	生年月日	年	月	日	個人番号	被扶養者の障害 身体()級・療育() 精神()級・その他() 1.同居特別 2.特別 3.その他	居住 1.同居 2.別居
※16歳未満(平成21年1月2日以降出生)の扶養親族(所得48万円以下)については、扶養控除の対象になりませんが、軽減判定や障害者控除の対象となる場合があります。												
本人該当事項	本人障害	ひとり親・寡婦	勤労学生控除	所得金額調整控除	特別障害(本人・扶養・同一生計配偶者) 23歳未満扶養	1. 該当	1. 該当					
								身体()級・療育() 精神()級・その他()	死別() 離別() 未婚()	学校名		
								1. 特別障害 2. その他障害	1. ひとり親 2. 寡婦	1. 該当		

税寄額 附控除金	1. 都道府県・市区町村	(34)						
	2. 福岡県共同募金会・日赤福岡県支部	(35)						
	3. 県条例指定団体	(36)						
	4. 市条例指定団体	(37)						

※領収書（写し可）を添付 ※寄附先が多数の場合は、内訳明細等を別途作成し添付。
 ※3と4で県と市両方で条例指定を受けている団体分は、3と4の両方に金額等を記入。

給与・公的年金に係る所得以外（令和7年4月1日において65歳未満の方は給与所得以外）の市県民税の納付方法

(38) ☐ 自分で納付（普通徴収）

ア 給与収入の内訳

(日給などの給与収入のある人で、源泉徴収票のない人は)記入してください。

月	日	給 付 数	月 収
1		円	円
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
賞 与 等			円
合 計			円
勤務先名		TEL ()	

イ 事業所得(営業等・農業)、不動産所得の収支明細書

科 目		金 額
A 売 上 (収 入) 金 額		円
B 必 要 経 費 の 内 訳	売 上 原 価 (仕入金額)	
	給 与 賃 金	
	減 価 償 却 費 (車両・店舗)	
	地 代 ・ 家 賃 (営業部分のみ)	
	租 税 公 課 (固定資産税・自動車税)	
	光 熱 水 費 (水道・電気・ガス代)	
	損 害 保 険 料 (火災保険料・自動車損害保険料)	
	旅 費 交 通 費	
内 訳	通 信 費 (電話代)	
	修 繕 費 (店舗等の修繕)	
	消 耗 品 費 (文房具・包装材料の費用)	
	そ の 他	
B 計		
C 専従者控除額(下の表も記入)		
所 得 金 額 (A - B - C)		

事業専従者	フリガナ		続 柄		生 年 月 日	明・大・昭・平	従 事 月	
	氏 名							月 円
	個人番号							
	フリガナ		続 柄		生 年 月 日	明・大・昭・平	従 事 月	
事業専従者	氏 名							月 円
	個人番号							
	フリガナ		続 柄		生 年 月 日	明・大・昭・平	従 事 月	
	氏 名							月 円
事業専従者	個人番号							
	フリガナ		続 柄		生 年 月 日	明・大・昭・平	従 事 月	
	氏 名							月 円
	個人番号							

ウ 所得および控除の内訳

	種 類	所 得 の 生 ず る 場 所 または 支 払 先 など	収入金額または 支払金額 A	必要経費または補填 される金額 B	所得金額または 差引金額 A - B	備 考
所得・控除			円	円	円	
所得・控除						
所得・控除						
所得・控除						
所得・控除						
所得・控除						

エ 別居の扶養親族等に関する事項

フリガナ		個 人 番 号		住 所	
氏 名					
フリガナ		個 人 番 号		住 所	
氏 名					

オ 所得金額調整控除に関する事項

フリガナ		続 柄		生 年 月 日	明・大・昭・平・令	特 別 障 害	身 体 () 級・療 育 () 級・その他 ()
氏 名							
個人番号		住 所	同居・別居 ()				

カ その他(該当するものに○をつけてください)

1. 遺族年金 2. 障害年金 3. 雇用保険(失業保険) 4. 仕送り・援助等・預貯金 5. その他 () 6. 扶養されていた(あなたを扶養していた人を記入) 住所 (あなたと同じ場合は記入不要です) 氏 名 (あなたからみて続柄) 生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日	1年間の総額 円 生活資金について キ 備考
--	------------------------------

この申告書は電算機で機械的に自動読み込み処理を行います。源泉徴収票や納付額通知書などの参考資料は申告書に貼り付けず、右図のように整理して提出(同封)してください。

◎申告書についての問合せ先 大野城市役所

・市県民税については 市 税 課 市民税担当 ☎ 092-580-1828
 ・国民健康保険税については 国保年金課 国保年金担当 ☎ 092-580-1846
 ・後期高齢者医療保険料については 国保年金課 医 療 担 当 ☎ 092-580-1847