

令和2年度(2020年度)市・府民税申告書(令和元年(2019年)中収入)

(2020-21- -)

お問い合わせ番号 (受付印)

お問い合わせの際は、上記番号をお伝えください。

(該当する場合はチェックしてください。)

上場株式の配当所得や譲渡所得について、所得税と異なる課税方式を選択します。

※必ず裏面13に記入してください。
※確定申告書の控え等のコピーの添付にご協力ください。
※納税通知書が送達されるまでに申告してください。
※確定申告書と重複する所得や控除については、記入不要です。

1 申告が必要な人の住所、氏名等を記入してください。

住所	※令和2年1月1日時点の住所(又は家屋敷の所在地)			電話番号	-	-
フリガナ氏名	ご捺印	生年月日	年	月	日	マイナンバー

1-2 代理人が申告する場合、記入してください。※郵送で提出する場合、代理人のご本人確認書類の添付が必要です。

代理人住所	※同居の場合は記入不要です。			続柄	ご捺印	電話番号	-	-
代理人氏名	続柄	ご捺印	電話番号	-	-			

2 ご本人について令和元年12月31日時点で該当するものがあれば○を付け、記入してください。(障害者手帳や証明書等(コピー可)の添付又は提示にご協力ください。)

寡婦(夫)	<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 生死不明	勤労学生学校名	<input type="checkbox"/> 特寡 <input type="checkbox"/> 寡 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 勤
障害者	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> その他 () () 級		<input type="checkbox"/> 特障 <input type="checkbox"/> 他障

3 ご本人が令和元年12月31日時点で扶養している配偶者または親族について記入してください。(障害者欄に○をした場合は、障害者手帳等(コピー可)の添付又は提示にご協力ください。)

氏名	生年月日	障害者	所得
フリガナ <input type="checkbox"/> 配偶者	年 月 日	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> その他 () () 級	<input type="checkbox"/> 所得 <input type="checkbox"/> 特控
住所 <input type="checkbox"/> 同居	マイナンバー		
配偶者の収入金額	給与(円)	年金(円)	配偶者所得金額(円)
フリガナ	年 月 日	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> その他 () () 級	<input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 特 <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 年少
住所 <input type="checkbox"/> 同居	マイナンバー		
フリガナ	年 月 日	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> その他 () () 級	<input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 特 <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 年少
住所 <input type="checkbox"/> 同居	マイナンバー		
フリガナ	年 月 日	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> その他 () () 級	<input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 特 <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 年少
住所 <input type="checkbox"/> 同居	マイナンバー		
フリガナ	年 月 日	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> その他 () () 級	<input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 特 <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 年少
住所 <input type="checkbox"/> 同居	マイナンバー		

4 昨年中(1月1日~12月31日)は収入がありましたか? ※遺族・障害年金、失業手当等の非課税所得は含まれません。

はい → 右記5以降を記入してください。 いいえ → 下記の該当する番号にチェックをして、内容を記入してください。5以降の記入は不要です。

(1) 次の人に扶養されていた

氏名	続柄
住所	※同居の場合は記入不要です。

(2) 非課税の収入があった (該当するものに○をしてください。)

雇用保険(失業手当) 生活保護 遺族年金 障害年金 その他 ()

(3) その他 (該当するものに○をしてください。)

預貯金で生活していた 仕送りや援助を受けていた 奨学金等の貸付金を受けていた その他 ()

5 昨年中(1月1日~12月31日)の収入について

5-1 年金収入(源泉徴収票の支払金額の合計を記入してください。)

※配偶者の年金や、遺族・障害年金は合計しないでください。

円

5-2 給与収入(源泉徴収票の支払金額の合計を記入してください。)

※源泉徴収票(ない場合は給与明細等)を添付してください。

※源泉徴収票をお持ちでない人のみ下記内容を記入してください。なお、申告後に金額の修正が必要となった場合には、その金額が確認できる書類(源泉徴収票等)がなければ修正できませんのでご注意ください。

円

勤務先名称	電話番号	-	-
勤務先所在地			

5-3 下記に該当する所得がある人は、該当する所得欄に、記入してください。(金額等が分かるものの添付が必要です。)

所得の種類	所得の生ずる場所	収入金額(ア)	必要経費等(イ)	所得金額(ア-イ)	
雑		円	円	円	※雑所得計
不動産		円	円	円	
営業		円	円	円	
配当(総合課税分)		円	円	円	
		円	円	円	

★給与・公的年金等以外の所得に係る市・府民税の納税方法について希望がある場合は右記のいずれかに○を付けてください。 給与から差引き 自分で納付

令和2年1月1日時点で豊中市に住民票のない人は6以降の記入は不要です

6 昨年中(1月1日~12月31日)に支払ったものがある場合は記入してください。

6-1 社会保険料控除(国民健康・介護・後期高齢保険料、国民年金保険料、任意継続保険料等)(国民年金保険料、任意継続保険料等については、証明書の添付又は提示が必要です。)

支払った社会保険料の合計	円	小規模企業共済等掛金	円
--------------	---	------------	---

6-2 生命保険料控除(証明書の添付又は提示が必要です。)

新一般生命保険料(支払額)	円	新個人年金保険料(支払額)	円	介護医療保険料*(支払額)	円
旧一般生命保険料(支払額)	円	旧個人年金保険料(支払額)	円	※介護保険料(6-1に該当)とは異なりますので、ご注意ください。	

6-3 地震保険料控除(証明書の添付又は提示が必要です。)

地震保険料支払額	円	旧長期損害保険料支払額	円
----------	---	-------------	---

7 医療費控除(明細書の添付が必要です。※いずれか一方しか選択できません。)

7-1 従来の医療費控除額(裏面の明細書をご利用ください。)

円

7-2 セルフメディケーション税制による控除額(一定の取組みを行った証明書の添付が必要です。)

円

8 寄附金控除(証明書の添付又は提示が必要です。)

ふるさと納税	大阪府の共同募金会 日本赤十字社大阪府支部	大阪府条例指定分	豊中市条例指定分
円	円	円	円

9 住宅ローンがある人は記入してください。

住宅借入金控除可能額	居住開始年月日	特定取得	区分	総合課税	所得税額(控除前)	配当控除
円	平成 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 認定長期 <input type="checkbox"/> 増改築			

【職員記入欄】

本人確認	ご本人・代理人	受付者	処理者	点検者	家屋敷	国外	未成年	入力回	
	住基 保険 免許 手帳 番号 ()				家屋敷	国外	未成年		

切り離さずご提出ください

