

令和3年度(2021年度) 市・府民税申告書の書き方 手引き

- 1** 申告が必要な人の住所、氏名等を記入してください。
1-2 記入者が本人以外の場合は代理人の住所、氏名等を記入してください。

2 下記に該当する場合に記入してください。

- (A) 寡婦またはひとり親である。(※下記参照)
- (B) 障害者手帳等を持っている。
- (C) 学生である。

例 A 死別による寡婦にあてはまる場合 **例 C ○○大学在学中の場合**

2 ご本人について、令和2年12月31日時点で該当するものを記入してください。

寡婦控除・ひとり親控除	<input checked="" type="checkbox"/> 寡婦控除	<input type="checkbox"/> ひとり親控除	離婚	<input type="checkbox"/> 死別	<input type="checkbox"/> 生死不明	勤労学生控除 (学校名) ○○大学
障害者控除	<input type="checkbox"/> 身体	<input checked="" type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 療育	<input type="checkbox"/> その他 ()	2 級	

例 B 身体障害手帳2級をお持ちの場合

(※)令和2年度税制改正により、寡婦控除が見直されました。

下表と例を参考に記入してください。
 控除に関する詳しい内容は、市ホームページまたは、市民税課までお問い合わせください。
 (お問い合わせ先は、本説明書の最後に記載)

【改正後(令和3年度以降)】 (単位:万円)

●本人が女性

配偶関係	死別	離婚	未婚のひとり親
合計所得	500万円以下	500万円超	500万円以下
扶養親族	有	無	有
子	30	30	30
子以外	26	26	-
無	26	-	-

●本人が男性

配偶関係	死別	離婚	未婚のひとり親
合計所得	500万円以下	500万円超	500万円以下
扶養親族	有	無	有
子	30	30	30
子以外	-	-	-
無	-	-	-

- 例1** 前年の合計所得金額が500万円以下で、子を扶養しており、婚姻歴がない女性の場合
 寡婦控除・ひとり親控除 寡婦控除 離婚 死別 生死不明 ひとり親控除
- 例2** 前年の合計所得金額が500万円以下で、子を扶養しており、配偶者と離別後、婚姻していない男性の場合
 寡婦控除・ひとり親控除 寡婦控除 離婚 死別 生死不明 ひとり親控除
- 例3** 前年の合計所得金額が500万円以下で、子を扶養しておらず、配偶者と死別後、婚姻していない女性の場合
 寡婦控除・ひとり親控除 寡婦控除 離婚 死別 生死不明 ひとり親控除

3 令和2年12月31日時点で扶養している配偶者または親族がいる場合に記入してください。

3 ご本人が、令和2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。

配偶者控除・配偶者特別控除・同一生計配偶者	フリガナ マチカネ ノゾミ	氏名 待兼 望	生年月日 明大(昭)平令 30年3月3日	障害者控除 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> その他 ()
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同居	配偶者の収入金額	給与 () 円 年金 (600,000) 円	
フリガナ マチカネ ヒカル	氏名 待兼 光	続柄 子	生年月日 明大(昭)平令 60年6月7日	障害者控除 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input checked="" type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> その他 ()
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同居	マイナンバー	3 9 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	

扶養している親族がいる場合 **扶養している親族が精神障害手帳2級をお持ちの場合**

4 「はい」か「いいえ」にチェックをしてください。「いいえ」にチェックをされた人の記入は以上となります。申告書をご提出ください。

5 昨年中(1月1日～12月31日)の収入について

- 年金収入がある人は **5-1** へ
- 給与収入がある人は **5-2** へ
- 雑所得(原稿料・シルバー・個人年金等)・営業・不動産・配当(総合課税分)所得がある人は **5-3** へ

5-1 年金収入がある人

公的年金等の源泉徴収票等を参考に記入してください。
 複数ある場合は合算した金額を記入してください。

5-1 年金収入 (単位:円)

収入金額 15000000

令和2年分 公的年金等の源泉徴収票

住所又は居所 大阪府豊中市中桜塚3-1-1

支払を受ける者 (フリガナ) マチカネ ミライ 氏名 待兼 未来

生年月日 28年2月8日

区分	支払金額	源泉徴収税額
所得税法第203条の3第1号・第4号適用分	1,500,000	000
所得税法第203条の3第2号・第5号適用分		
所得税法第203条の3第3号・第6号適用分		
所得税法第203条の3第7号適用分		

5-2 給与収入がある人

給与所得の源泉徴収票等を参考に記入してください。
 複数ある場合は合算した金額を記入してください。

5-2 給与収入 (単位:円)

収入金額 28000000

令和2年分 給与所得の源泉徴収票

住所又は居所 大阪府豊中市中桜塚3-1-1

支払を受ける者 (フリガナ) マチカネ ミライ 氏名 待兼 未来

種別	支払金額	給与所得控除後の金額	源泉徴収税額
給与	2,800,000		

5-3 雑所得(原稿料・シルバー・個人年金等)・営業・不動産・配当(総合課税分)所得がある人

該当する所得がある場合は、例を参考に記入してください。

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。(単位:円)

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	個人年金	650,000	500,000	150,000
営業		2,500,000	1,900,000	600,000
不動産				
配当(総合課税分)		50,000	0	50,000

★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○をつけてください。

給与から差引き 自分で納付

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。

社会保険料(国民健康保険料・介護保険料・後期高齢者保険料・国民年金保険料等)

図の①で囲まれているものはすべて社会保険料控除となります。

複数ある場合は合算した金額を記入してください。

(※ただし、配偶者の年金等から差し引かれている社会保険料については、含められません。)

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。 (単位:円)

社会保険料控除 (国民健康・介護・後期高齢者保険料、 国民年金保険料、任意継続保険料等)	支払った社会保険料の合計	小規模企業共済等掛金
	356340	

国民健康保険料・介護保険料・後期高齢者医療保険料
納入済額確認書

令和2年中(令和2年1月1日～令和2年12月31日)
に納入していただきました保険料の金額は、下記のとおり
です。お知らせします。

氏名 待兼 未来 様

国民健康保険料		
普通徴収	特別徴収	合計納入済額
*****円	*****円	*****円
介護保険料		
普通徴収	特別徴収	合計納入済額
*****円	55,709円	55,709円
後期高齢者医療保険料		
普通徴収	特別徴収	合計納入済額
*****円	100,631円	100,631円

令和 年(20 年) 月 日発行

令和2年分 給与所得の源泉徴収票

大阪府豊中市中桜塚3-1-1

氏名 待兼 未来

種別	支払金額	給与所得控除後の金額	所得控除後の金額	源泉徴収額
社会保険料等の金額	200,000			

生命保険料・地震保険料

各種控除証明書を参考に記入してください。

加入されている保険の種類や会社等によって、証明書の様式が
異なりますのでご注意ください。

生命保険料控除	新一般生命保険料(支払額)	旧一般生命保険料(支払額)
	6000	
地震保険料控除	新個人年金保険料(支払額)	旧個人年金保険料(支払額)
	介護医療保険料(支払額)	社会保険料控除に該当する 「介護保険料」とは異なりますので、 ご注意ください。
	12000	
	地震保険料支払額	旧長期損害保険料支払額
	17120	

2020年分(令和2年分)生命保険料控除証明書
(一般・介護医療用)

契約者 待兼 未来 様

一般生命保険料(a)円	配当金(相当額)(b)円	一般生命(a-b)円
5,000	***	5,000
介護医療保険料(a)円	配当金(相当額)(b)円	介護医療(a-b)円
8,000	***	8,000

地震保険料控除証明書 令和2年分

地震保険料控除(所得税第77号条)にかかる所得控除申告のための
証明事項を、下記のとおり証明します。

保険契約者 待兼 未来 様

地震保険料	17,120円
控除対象保険料	17,120円

医療費

医療費控除を申告される場合は、**医療費の明細書の作成および添付が必要です。**

申告書裏面「医療費控除の明細書」をご利用いただいてもかまいません。

(※領収書のみでの添付による申告はできません。)

医療費控除 ※裏面の明細書をご利用ください。	医療費控除額	セルフメディケーション税制による控除額
	370000	

医療費控除の明細書(2020年1月1日～12月31日支払分)

※この控除を受ける方は、セルフメディケーション税制は受けられません。

1 医療費通知に関する事項

※医療費通知を添付する場合、明細には記入せず、右記の「ア・イ」欄に記入してください。
※医療費通知は、税務申告に利用できるものに限ります。

医療費通知のうち、その年中に 自己負担した金額	ア	アのうち、生命保険や社会保険 などで補てんされる金額	イ
----------------------------	---	-------------------------------	---

2 医療費(上記1以外)の明細

※「医療費を受けた方の氏名」、「病院・薬局などの支払先の名称」ごとにまとめて記入してください。

(1) 医療を受けた方の氏名	(2) 病院・薬局などの 支払先の名称	(3) 医療費の区分	(4) 支払った医療費の額	(5) (4)のうち生命保険や 社会保険などで 補てんされる金額
待兼 未来	〇〇病院	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	150,000円	50,000円
	△△医院	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	80,000	
	××薬局	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	10,000	
待兼 望	〇〇病院	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	60,000	10,000
	□□薬局	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	50,000	
	××薬局	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	50,000	
明細書の合計(医療費通知の金額は含まない)			ウ 500,000	エ 60,000

年金収入のみの方は、こちらの早見表で所得を計算してください。

	公的年金等の収入金額	公的年金等所得金額
65歳未満	60万円未満	0円
	60万円以上130万円未満	収入金額-60万円
	130万円以上410万円未満	収入金額×75%-27万5千円
	410万円以上770万円未満	収入金額×85%-68万5千円
	770万円以上1,000万円未満	収入金額×95%-145万5千円
65歳以上	1,000万円以上	収入金額-195万5千円
	110万円未満	0円
	110万円以上330万円未満	収入金額-110万円
	330万円以上410万円未満	収入金額×75%-27万5千円
	410万円以上770万円未満	収入金額×85%-68万5千円
	770万円以上1,000万円未満	収入金額×95%-145万5千円
	1,000万円以上	収入金額-195万5千円

※表は、公的年金等に係る雑所得以外の所得に係る合計所得金額が
1,000万円以下の場合の計算式です。1,000万円を超えると、計算式が
異なりますのでご注意ください。

支払った医療費 (ア+ウ)	500,000	ア	ア+ウの合計
補てんされる金額 (イ+エ)	60,000	イ	イ+エの合計
実質負担額 (ア-イ)	440,000	イ	
合計所得金額	1,400,000	イ	
D×0.05 (小数点以下切捨)	70,000	イ	
Eと10万円のいずれか 少ない方の金額	70,000	イ	
医療費控除額 (C-F)	370,000	イ	

Gの金額を、表面6医療費控除額に転記してください。

合計所得金額の計算例

●申告者本人が65歳以上で、昨年1年間の収入が年金収入2,500,000円のみの場合

<計算式>

$$2,500,000 - 1,100,000 = 1,400,000$$

ここで算出された数字を
Dに記入してください

7 昨年中(1月1日～12月31日)に支払った寄附金がある場合は記入してください。

※よくある一般的なご申告に対する記入は以上となります。

その他(下記の場合など)については、申告書裏面の該当項目欄に記入してください。

- 上場株式等に係る配当所得等について所得税と異なる課税方式を選択する場合
- 一時所得がある場合
- 事業専従者に給与を支払っている場合 等

●上記のほか何かご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

豊中市役所 市民税課 TEL:06-6858-2131(直通) 9:00~17:15(土日祝除く)