

(あて先)豊中市長

令和8年度(2026年度)市・府民税申告書【令和7年(2025年)中収入】

職員
使用欄

お問い合わせ番号

お問い合わせの際は、上記
番号をお伝えください。

(受付印)
R8

1 申告が必要な人の住所、氏名等を記入してください。(本人確認書類の提示、又は写しの添付が必要です。)

住 所	※令和8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		生 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。

代 理 人 住 所	※同居の場合は記入不要です。	電 話 番 号	—	—
代 理 人 氏 名	続 柄	生 年 月 日	大 昭 平 令	年 月 日

2 ご本人について、令和7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	離婚	死別	生死不明	ひとり親	該当する	勤労学生学校名	
障 害 者	身体	精神	療育	その他()			級

3 ご本人が、令和7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	氏 名	フリガナ	大 昭 平 令	生 年 月 日	年 月 日	障 害 者	身体	精神	療育	その他()	級
	住 所	同居		配偶者の 収入金額		給 与 (円) 年 金 (円)					
	氏 名	フリガナ	大 昭 平 令	生 年 月 日	年 月 日	障 害 者	身体	精神	療育	その他()	級
	住 所	同居		収入 給与 (円)	マイナンバー						
扶 養 親 族	氏 名	フリガナ	大 昭 平 令	生 年 月 日	年 月 日	障 害 者	身体	精神	療育	その他()	級
	住 所	同居		収入 給与 (円)	マイナンバー						
	氏 名	フリガナ	大 昭 平 令	生 年 月 日	年 月 日	障 害 者	身体	精神	療育	その他()	級
	住 所	同居		収入 給与 (円)	マイナンバー						
調 整	所得金額調整控除に該当する場合は、左側にチェックのうえ、氏名等を記入してください。					身体	精神	療育	その他()	級	
	フリガナ		大 昭 平 令	年 月 日	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

5 以降を記入してください。

☒いいえ

記入は以上となります。

職員使用欄

所得額 配 130 特 配 129	所得額調整控除	カナ	区分
1 所得額 人 特親額	2 所得額 人 特親額	3 所得額 人 特親額	
万円	万円	万円	

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 (単位:円)

収入金額									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※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。

5-2 給与収入 (単位:円)

収入金額									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※源泉徴収票をお持ちでない場合は、下記内容を記入してください。なお、申告後に金額の修正を行う場合は、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。

勤 務 先	
名 称	電 話 番 号
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。(単位:円)

所得の種類	所得の生ずる場所	収 入 金 額 ㊦	必要経費等㊧	所得金額㊦ー㊧
雑	業務			
	その他			
営 業				
不動産				
配 当 (総合課税分)				

★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。

注意事項 各控除の申告に必要な書類が確認できない場合は、記入された控除金額の適用はできません。

(単位:円)

社会保険料控除 (国民年金保険料、任意継続保険料等 証明書の提示又は添付が必要です。)	支払った社会保険料の合計	小規模企業共済等掛金
生命保険料控除 (証明書の提示又は 添付が必要です。)	新一般生命保険料(支払額)	旧一般生命保険料(支払額)
	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。
	地震保険料控除 (証明書の提示又は 添付が必要です。)	
医 療 費 控 除 (明細書の添付が必要です。 ※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

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。

(単位:円)

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

8 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 (円)		区 分	住 宅	認定長期	増改築
居 住 開 始 年 月 日	平成 令和	年 月 日	税 率	<input checked="" type="checkbox"/> (特別) 特定取得	<input checked="" type="checkbox"/> (特別) 特別特例取得

職 員 使 用 欄									
年	010								
給	007								
業	234								
そ雑	042								
営	030								
不	033								
配	035								
納付区分									
社	111								
小	112								
新生	213								
旧生	114								
新個	214								
旧個	115								
介	215								
地	118								
旧長	117								
医	110								
セ	226								
ふ	467								
共日ふ	120								
府	466								
市	465								
可能額	208								
居住年		年		月		日			
区 分						税 率			
総合課税	140								
所得税額	210								
配当控除	162								
本人	未成年	家屋敷		国外					
生		年		月		日			
所得計	051								
控除計	133								
特親計	760								

受 付 内 容

本人確認(ご本人・代理人)

入力回

資格確認書

免許

手帳

番号

在留

()

受付者

処理者

点検者

9 総合譲渡所得・一時所得がある人は記入してください。

(単位:円)

		収 入 金 額 ㊦	必 要 経 費 等 ㊧	差 引 金 額 ㊦ー㊧	特 別 控 除 額 ㊨	所 得 金 額 ㊦ー㊧ー㊨
総合 譲渡	短 期			<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		
	長 期			<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		
一 時				<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		

[illegible]

10 土地建物の分離課税の譲渡所得がある人は、所得の種類に○を付け、記入してください。

(単位:円)

所得の種類	区 分	収 入 金 額 ㊦	必 要 経 費 ㊧	所得金額㊦-㊧	特 別 控 除
短期 長期	一般 軽減 特定 軽減 居住				
短期 長期	一般 軽減 特定 軽減 居住				

[illegible]

11 株式等の分離課税の譲渡所得等、分離課税の上場株式等の配当所得等、および先物取引に係る雑所得等がある人は記入してください。

注意事項 令和6年度課税以降は上場株式等の配当所得等や譲渡所得等について、所得税と異なる課税方式を選択することはできません。

(単位:円)

所得の種類	収入金額 ㊦	必要経費 ㊧	所得金額 ㊦－㊧	本年分から差し引く繰越控除
上場株式等の譲渡				
分離課税の 上場株式等の配当等				
一般株式等の譲渡				
先物取引				

12 配当割額又は株式等譲渡所得割額の控除を受ける人は記入してください。

(単位:円)

[illegible]

13 事業専従者に給与を支払っている人は、専従者の氏名、続柄等を記入してください。

氏 名	続柄	生 年 月 日	専従者給与額 (円)				専従月数	
フリガナ		大 昭 平 令 年 月 日						か月
住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 同居	マイナンバー						

[illegible]

14 雑損控除がある人は記入してください。

(別途災証明書等の添付が必要です。詳しくは市のホームページをご確認ください。)

[illegible]

▼ **事業税に関する事項** ※この申告書を提出した人は、事業税の申告書を提出する必要はありません。

番 号	非 課 税 所 得 等	損益通算の特例適用前の 不動産所得	種 類	事業用資産の譲渡損失等	開 廃 業 月 日	
	円	円		円	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 廃止	令和7年 月 日 <input type="checkbox"/> 他都道府県の事業所にて開廃業

職 員 使 用 欄				
上場譲渡	184			
譲渡繰越	190			
一般譲渡	075			
上場配当	205			
配当繰越	209			
先物	078			
先物繰越	191			
配割	192			
譲割	193			

医療費控除の明細書(2025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		アのうち、生命保険や社会保険などで補てんされる金額	
ア		イ	

2 医療費(上記1以外)の明細

※「医療を受けた方の氏名」、「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。

[illegible]

明細書の合計(医療費通知の金額は含まない)	ウ	エ	工
-----------------------	---	---	---

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 (昭和36年1月1日以降生)	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
	1,000万円以上	収入金額－195万5千円
65歳以上 (昭和36年1月1日以前生)	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 ($A+U$)		A	$A+U$ の合計
補てんされる金額 ($I+E$)		B	
実質負担額 ($A-B$)		C	$I+E$ の合計
合計所得金額		D	
$D \times 0.05$ (小数点以下切捨)	(赤字のときは0円)	E	
Eと10万円のいずれか 少ない方の金額		F	
医療費控除額 ($C-F$)	(最高200万円、赤字のときは0円)	G	

Gの金額を、表面 **6** 医療費控除額に転記してください。

注 ※医療費控除の適用を受けるためには、明細書の提出が必要です。領収書は、申告期限から5年間保管してください。

※医療費控除の対象となる医療費については、国税庁のホームページをご参照ください。

※セルフメディケーション税制用の明細書や追加の明細書は、市ホームページからダウンロードできます。