

令和8年度(2026年度)

市・府民税申告書に関するお知らせ

申告書提出の際には、免許証等の本人確認書類の提示またはその写しの添付をお願いいたします。
また、所得や控除の申告に必要な書類についても、提示またはその写しの添付をお願いいたします。
必要書類について確認ができなかった場合は、該当する申告内容を適用することはできませんので、
ご注意ください。

- 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。
☐ 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	〇〇大学
障害者	身体 精神 療育 その他 ()				2 級

例② 身体障害手帳2級をお持ちの場合

- 3 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がいる場合に記入してください。**

配偶者を扶養されている場合

配偶者の収入がある場合（年金収入60万円の場合）

- 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 マチカネ ノゾミ	生 年 月 日 大 昭 平 令 30 年 3 月 3 日	障 害 者 身体 精神 療 養 その他 ()	級 2
	住 所 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 マイナンバー 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	配偶者の 収入金額	給 与 () 円 年 金 (600,000) 円	
扶 養 1 人 目	氏 名 フリガナ マチカネ ヒカル	続 柄 子 生 年 月 日・ 収入 大 昭 平 令 60 年 6 月 7 日	障 害 者 身体 精神 療 養 その他 ()	級 2
	住 所 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 マイナンバー 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	収 入 給与 () 円	マイナンバー 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

業務雑(シルバー、原稿料等)・その他雑(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 年金收入

(単位:円)

收入金額	1	5	0	0	0	0	0
------	---	---	---	---	---	---	---

令和7年分 公的年金等の源泉徴収票												
住所又は居所		大阪府豊中市中校塚3-1-1										
支払を受ける者	(フリガナ)	マチカネ ミライ		生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和							
氏名	待兼 未来	生年月日	28年 2月 8日									
区分	支払金額	源泉徴収額										
所得税法第203条の3第1号・第4号適用分	1 500千 000円											
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												
本 人	源泉徴収対象配偶者の有無等		控除対象扶養親族の数		16歳未満の扶養親族の数		障害者の数		非居住者である親族の数	社会保険料の額		
特別障害者	その他の障害者	ひと親	寡婦	一般	老人	特定老人	その他	人	内	人	千	円
源泉徴収対象配偶者		控除対象扶養親族		16歳未満の扶養親族								
(フリガナ)	区分	(フリガナ)	区分	(フリガナ)	区分							
氏名		氏名		氏名								

- ## 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)

收入金額	2	8	0	0	0	0	0
------	---	---	---	---	---	---	---

令和 7 年分		給与所得の源泉徴収票	
支 払 を受け る 者	住 所 又 は 居 所		
		大阪府豊中市中桜塚3-1-1	
		(受給者番号) (個人番号)	
		(役職名) 氏 名	
		マチカネ ミライ	
		待兼 未来	
種 別		支 払 金 額	給与所得控除後の金額
給与		内 2 800 千 000	円 千 百 十 万 千 百 十 円
(雇元) 控除対象配偶者の有無等		配偶者（特別） 控 除 の 額	控 除 対 象 扶 養 親 族 の 数 （配 偶 者 を 除 く。）
若 妻 夫	平 均	円	特 定 老 人 欠 乏 其 他
若 妻 夫	平 均	円	内 人 欠 乏 其 他
社会保険料等の金額		生命保険料の控除額	地震保険料の控除額
円 千 百 十 万 千 百 十 円		円 千 百 十 万 千 百 十 円	円 千 百 十 万 千 百 十 円

- 5-3 業務雑(シルバー、原稿料等)・その他雑(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。

個人年金がある場合は「その他雑」欄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②	必要経費等①	所得金額②ー①
雑	業務				
	その他	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・後期高齢者医療保険料・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、含めることができません。)

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。

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。

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 356340	小規模企業共済等掛金
---	------------------------	------------

- 社会保険料控除等の参考資料例
- ・国民健康保険料領収書
 - ・介護保険料領収書
 - ・後期高齢者医療保険料領収書
 - ・国民年金保険料・国民年金基金掛金の領収書または控除証明書 など

① 上記資料いずれかに記載された金額の合計
156,340

令和 7 年分 給与所得の源泉徴収票

大阪府豊中市市中桜塚3-1-1

氏名 待兼 未来

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 (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)
	6000	
地震保険料控除 (証明書の提示又は添付が必要です。)	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	

2025年分(令和7年分)生命保険料控除証明書
(一般・介護医療用)

適用制度: 新制度

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	一般証明額(a-b)円
5,000	***	5,000
介護医療保険料(a)円	配当金(相当額)(b)円	介護証明額(a-b)円
8,000	***	8,000

地震保険料控除証明書 令和7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

保険の種類	契約年月日	契約番号
地震保険	令和6年4月25日	
払込方法	保険期間	
一時払	5年間	
保険の対象の所在地		
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。

(※領収書のための添付による申告はできません。)

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 370000	セルフメディケーション税制による控除額
---	------------------	---------------------

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。

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

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。

- 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)