

# 平成31年度(2019年度)市・府民税申告書[平成30年(2018年)中収入]

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。

該当する場合は必ずチェックをしてください。

上場株式等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 の該当する所得に対する課税方式を選択し、記入してください。  
※確定申告書の控え等の添付が必要です。

## 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	※平成31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	生年月日
代理人氏名	ご捺印	年	月	日	

## 2 ご本人についての控除のうち、平成30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。(勤労学生控除には学生証の写し、障害者控除には障害者手帳等の写しの添付が必要です。)

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 ご本人が平成30年12月31日時点で扶養している配偶者(※区分については、裏面 参考 を参照)または親族の氏名等を記入してください。(被扶養者が障害者手帳等をお持ちの場合は、写しの添付が必要です。)

氏名	続柄	生年月日	障害者	所得	
フリガナ	配偶者	年 月 日	身体 精神 療育 その他 ( ) ( ) 級	所得	
住所	<input type="checkbox"/> 同居	マイナンバー		控除	
区分	氏名	続柄	生年月日	障害者	配偶者所得金額
<input type="checkbox"/> 配偶者特別控除 <input type="checkbox"/> 同一生計配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者特別控除	フリガナ		年 月 日	身体 精神 療育 その他 ( ) ( ) 級	円
	住所	<input type="checkbox"/> 同居	マイナンバー	他 特 老人 年少	
	フリガナ		年 月 日	身体 精神 療育 その他 ( ) ( ) 級	
	住所	<input type="checkbox"/> 同居	マイナンバー	他 特 老人 年少	
	フリガナ		年 月 日	身体 精神 療育 その他 ( ) ( ) 級	
	住所	<input type="checkbox"/> 同居	マイナンバー	他 特 老人 年少	
	フリガナ		年 月 日	身体 精神 療育 その他 ( ) ( ) 級	
	住所	<input type="checkbox"/> 同居	マイナンバー	他 特 老人 年少	

## 4 昨年中(平成30年1月1日から平成30年12月31日まで)は収入がありましたか? ※遺族年金、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) 次のような非課税所得等の収入があった (3) その他 (該当するものに○をしてください。)

<input type="checkbox"/> 雇用保険(失業手当) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 遺族年金	<input type="checkbox"/> 預貯金で生活していた <input type="checkbox"/> 仕送りや援助を受けていた <input type="checkbox"/> 奨学金等の貸付金を受けていた
<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )

## 5 昨年中(平成30年1月1日から平成30年12月31日まで)の収入について

5-1 年金収入があった人は、ご本人が受け取った年金に対する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年金・障害年金は合計しないでください。)

円
---

## 5-2 給与収入があった人は、収入額の合計を記入してください。(源泉徴収票をお持ちの人は源泉徴収票の添付が必要です。)

※源泉徴収票をお持ちでない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。

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
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

平成31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(平成30年1月1日から平成30年12月31日まで)に支払ったものがある場合は、該当するものに記入してください。

### 6-1 社会保険料(健康保険料、介護保険料、後期高齢保険料、国民年金保険料、小規模企業共済等)(国民年金保険料、小規模企業共済等掛金については控除証明書の添付が必要です。)

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 医療費控除またはセルフメディケーション税制を申告される場合は記入してください。※いずれか一方しか選択できません。

(いずれの場合も明細書または領収書の添付が必要です。)  
※従来の医療費控除を申告される場合は、裏面右頁の「医療費控除額の明細書」をご利用ください。また、セルフメディケーション税制を申告される場合は、一定の取組みを行った証明書の添付が必要です。

7-1 従来の医療費控除額	円	7-2 セルフメディケーション税制による控除額	円
---------------	---	-------------------------	---

## 8 昨年中(平成30年1月1日から平成30年12月31日まで)に寄附をした人は記入してください。(証明書の添付が必要です。)

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	該当	住宅 認定長期 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



10 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
フリガナ		年 月 日	円
住所	マイナンバー		専従月数 か月
フリガナ		年 月 日	円
住所	マイナンバー		専従月数 か月
合計金額			円
			他専人数 人

11 総合譲渡所得・一時所得がある人は記入してください。

	収入金額(ア)	必要経費等(イ)	差引金額(ア-イ)	特別控除額(ウ)	所得金額(ア-イ-ウ)
総合譲渡 短期	円	円	円	円	円
総合譲渡 長期	円	円	円	円	円
一時	円	円	円	円	円

12 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。

所得の種類	区分	収入金額(ア)	必要経費(イ)	所得金額(ア-イ)	特別控除
短期 長期	一般 軽減 特定 軽減 居住	円	円	円	円
短期 長期	一般 軽減 特定 軽減 居住	円	円	円	円
特例適用条文等					

13 株式等の譲渡や先物取引に係る所得等がある人は記入してください。

※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される方はそれぞれ選択される課税方式に必ずチェックをしてください。また、確定申告書の控え等の添付が必要です。

所得の種類	収入金額(ア)	必要経費(イ)	所得金額(ア-イ)	繰越損失
一般株式等の譲渡	円		円	円
上場株式等の譲渡	所得税	住民税	※住民税で選択した課税方式に対応する金額をご記入ください。	
	<input type="checkbox"/> 分離課税	<input type="checkbox"/> 分離課税	円	円
	<input type="checkbox"/> 申告不要制度	<input type="checkbox"/> 申告不要制度	円	円
	所得税	住民税	※住民税で選択した課税方式に対応する金額をご記入ください。	
上場株式等の配当等	総合課税	<input checked="" type="checkbox"/> 総合課税	表面 5-3 にご記入ください。	
	<input type="checkbox"/> 分離課税	<input type="checkbox"/> 分離課税	円	円
	<input type="checkbox"/> 申告不要制度	<input type="checkbox"/> 申告不要制度	円	円
	先物取引		円	円
特例適用条文等				

14 配当割額又は株式等譲渡所得割額がある人は記入してください。

配当割額控除額	円	株式等譲渡所得割額控除額	円
---------	---	--------------	---

15 雑損控除がある人は記入してください。(別途、計算書等の添付が必要です。)

損害の原因	損害年月日	損害を受けた資産の種類	損害金額
	年 月 日	家屋 家財 車両	円
保険金などで補てんされる金額		差引損失額のうち災害関連支出の金額	控除額
	円	円	円

▼ 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	平成30年開業月日
	円	円		円	開始 平成 年 月 日 廃止 <input type="checkbox"/> 他都道府県の事業所にて開業

## 平成 30 年分 医療費控除の明細書

※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することができます。

(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填される金額
		<input 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	円	円
医療費の合計				
			A	B

### 2 控除額の計算

支払った医療費	(合計)	円	A
保険金などで補填される金額			B
差引金額 (A - B)	(赤字のときは0円)		C
所得金額の合計額			D
D × 0.05	(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 - E)	(最高200万円、赤字のときは0円)		G

#### 公的年金等所得金額(雑所得)の計算表

	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29年1月2日以前に誕生)	70万円未満	0円
	70万円以上130万円未満	収入金額 - 70万円
	130万円以上410万円未満	収入金額 × 75% - 37万5千円
	410万円以上770万円未満	収入金額 × 85% - 78万5千円
65歳以上 (昭和29年1月1日以前に誕生)	770万円以上	収入金額 × 95% - 155万5千円
	120万円未満	0円
	120万円以上330万円未満	収入金額 - 120万円
	330万円以上410万円未満	収入金額 × 75% - 37万5千円
	410万円以上770万円未満	収入金額 × 85% - 78万5千円
	770万円以上	収入金額 × 95% - 155万5千円

Gの金額を表面 7-1 にご記入ください。

<注意事項>

※上記は「7-1 従来の医療費控除額」でご利用いただける明細書です。

※明細書の記入内容の確認のため、領収書の提示又は提出を求められる場合がありますので、領収書は自宅等で申告期限(毎年3月15日)から5年間保管してください。

※セルフメディケーション税制を申告される場合、詳しくは市ホームページまたは国税庁ホームページで確認してください。

※別途、明細書の様式が必要な方は市ホームページからダウンロードできます。

### 参考 < 控除対象配偶者・配偶者特別控除・同一生計配偶者について >

区分	本人の合計所得金額	配偶者の合計所得金額	控除額(住民税)
控除対象配偶者	900万円以下	38万円以下	33万円 (配偶者が70歳以上の場合は38万円)
	900万円超～950万円以下		22万円 (配偶者が70歳以上の場合は26万円)
	950万円超～1,000万円以下		11万円 (配偶者が70歳以上の場合は13万円)
配偶者特別控除	1,000万円以下	38万円超～123万円以下	1万円～33万円
同一生計配偶者	1,000万円超	38万円以下	0円

※詳細は「平成31年度(2019年度)市・府民税申告書について(ご案内)」にある「重要なお知らせ」をご覧ください。