

# 令和5年度(2023年度)市・府民税申告書【令和4年(2022年)中収入】

(2023-21- - )

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)  
R5

(下記に該当する場合のみ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 11 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。(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5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				生年月日	年	月
氏 名				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	※同居の場合は記入不要です。			電話番号	-	-
住 所				生年月日	明大昭	年
代 理 人	続柄			平令	年	月
氏 名						日

## 2 ご本人について、令和4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	<input type="radio"/> 離婚	<input type="radio"/> 死別	<input type="radio"/> 生死不明	<input checked="" type="radio"/> ひとり親	<input type="radio"/> 該当する	勤労学生学校名
障 害 者	<input type="radio"/> 身体	<input type="radio"/> 精神	<input type="radio"/> 療育	<input type="radio"/> その他( )		級

## 3 ご本人が、令和4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	明大昭	生年月日	平令	年	月	日	障 害 者	<input type="radio"/> 身体	<input type="radio"/> 精神	<input type="radio"/> 療育	<input type="radio"/> その他( )	級
	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 同居	配偶者の 収入金額	給与(円)	年金(円)									
扶 養 親 族	氏 名	フリガナ	明大昭	生年月日	平令	年	月	日	障 害 者	<input type="radio"/> 身体	<input type="radio"/> 精神	<input type="radio"/> 療育	<input type="radio"/> その他( )	級
	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 同居	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。	フリガナ	明大昭	生年月日	平令	年	月	日	障 害 者	<input type="radio"/> 身体	<input type="radio"/> 精神	<input type="radio"/> 療育	<input type="radio"/> その他( )	級
	<input checked="" type="checkbox"/>	フリガナ	明大昭	生年月日	平令	年	月	日	障 害 者	<input type="radio"/> 身体	<input type="radio"/> 精神	<input type="radio"/> 療育	<input type="radio"/> その他( )	級

## 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	控配	同配	その他	特定	年少
	130					
	配特額	扶				
	129	費	(同)老人	(同)特障	他障	
○申	所得金額調整控除	カナ				

## 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) ※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。

収入金額				
------	--	--	--	--

### 5-2 給与収入

(単位:円) ※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(ア)	必要経費等(イ)	所得金額(ア-イ)
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。(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。)	地震保険料支払額	旧長期損害保険料支払額
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	<input checked="" type="radio"/> 住宅	<input type="radio"/> 認定長期	<input type="radio"/> 増改築
居住開始年月日	平成	年	月	日
	税率	<input checked="" type="checkbox"/> 特定取得	<input type="checkbox"/> 特別特定取得	

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
6 介	215
地	118
旧長	117
医	110
セ	226
7 ふ	467
共日ふ	120
府	466
市	465
可能額	208
居住年	年 月 日
8 区分	税率
総合課税	140
所得税額	210
配当控除	162
本人	未成年
生	家屋敷
	(国外)
	課税方式
	年 月 日

合計所得金額
所得控除計

受付内容	
本人確認(ご本人・代理人)	入力回
<input type="radio"/> 住基	<input type="radio"/> 保険
<input type="radio"/> 免許	<input type="radio"/> 手帳
<input type="radio"/> 番号	<input type="radio"/> 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)

Table with columns: 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). Rows for 短期, 長期, 一時.

職員使用欄: 総譲短 044, 総譲長 046, 一時 048

10 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)

Table with columns: 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. Includes checkboxes for 短期, 長期, 一般, 軽減, 特定, 軽課, 居住.

職員使用欄

11 上場株式等にかか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は、選択する申告方法の番号に○をしてください。

1 上場株式等の所得について、市・府民税はすべて申告不要を選択します。

→記入はこれで終了です。

2 上場株式等の所得について、市・府民税は下記のとおり申告します。

注意事項

※住民税が源泉徴収されていない所得(簡易口座、一般口座分等)を申告不要とすることはできません。 ※申告不要を選択した場合、配当割額及び株式等譲渡所得割額の控除の適用はありません。

(単位:円)

Table for 11 with columns: 所得の種類, 所得税の課税方式, 市・府民税の課税方式, 収入金額(ア), 必要経費(イ), 所得金額(ア-イ), 本年分から差し引く繰越控除. Includes checkboxes for 分譲課税, 申告不要, 総合課税.

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。

※上記で申告不要を選択した場合は、控除の適用はありません。

(単位:円)

Table with columns: 配当割額控除額, 株式等譲渡所得割額控除額

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。

Table with columns: 氏名, 続柄, 生年月日, 専従者給与額(円), 専従月数. Includes fields for フリガナ, 年 月 日, 月, 住所, マイナンバー.

職員使用欄: 合計金額 134, 配, 他専人数, 給与

14 雑損控除がある人は記入してください。

(別添り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。)

Table with columns: 雑損控除, 職員使用欄: 雑損 109

▼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。

Table with columns: 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, 開業月日, 廃業月日.

医療費控除の明細書(2022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です。

Table with columns: 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。

Table for 2 with columns: (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. Includes checkboxes for 診療・治療, 医薬品購入, 介護保険サービス, その他の医療費.

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。

Table with columns: 公的年金等の収入金額, 公的年金等所得金額. Rows for 65歳未満 and 65歳以上 with income brackets.

※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。

Table for calculation: 支払った医療費(ア+ウ), 補てんされる金額(イ+エ), 実質負担額(A-B), 合計所得金額(D), D×0.05, Eと10万円のいずれか少ない方の金額, 医療費控除額(C-F).

Gの金額を、表面6 医療費控除額に転記してください。

注意事項

※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。