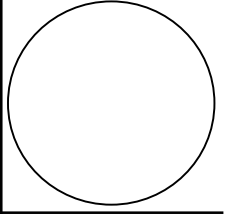


※部数が足りない場合はコピーして
ご利用ください。

市民税・県民税・森林環境税・国民健康保険料 簡易申告書

令和7年度	フリガナ 氏名											
江津市長様	1月1日の 住所											
提出年月日	生年月日	大・昭・平	年	月	日	電話番号						
年	月	日	生年月日	大・昭・平	年	月	日	電話番号				
	個人番号											



ご自身が各種手帳をお持ちの場合は、および等級を記入してください。

身体()級 精神()級 療育(A・B) 障害者認定あり(特・普)

※障害者控除対象者認定書の写しを添付してください。

ご自身が寡婦またはひとり親に該当する場合はをしてください。

ひとり親 寡婦(理由: 死別・離別・生死不明)

1.収入について(令和6年1月1日～令和6年12月31日における収入について記入してください。)

	給与	公的年金	雑(個人年金・報酬)	一時(生命保険の満期)	
収入	円	円	円	円	収入無し <input type="checkbox"/>
経費等			円	円	

※源泉徴収票や支払調書など収入金額のわかるものの写し(コピー)を添付してください。

※非課税所得(障害年金・遺族年金・雇用保険等)は4.通信欄に記入してください。

2.控除について(各保険料について、支払った金額を記載してください。医療費については、支払金および補填金があれば記入してください。)

社会保険料控除	介護保険料	後期高齢者医療保険料	国民健康保険料	国民年金保険料	小規模企業共済等掛金
	円	円	円	円	円

※各保険者から送付された、「控除証明書」を添付してください。(コピー可)

生命保険料控除	(新)生命保険料	(旧)生命保険料	介護医療保険料	(新)個人年金保険料	(旧)個人年金保険料
	円	円		円	円
地震保険料控除	地震保険料	旧長期損害保険料	医療費控除	支払額	補填額
	円	円		円	円

※保険会社(生命保険、地震保険)から送付された、「控除証明書」を添付してください。(コピー可)

※医療費控除の明細書を添付してください。

3.扶養する配偶者と親族について記入してください。

配偶者	氏名	手帳の区分	<input type="checkbox"/> 身体()級 <input type="checkbox"/> 療育(<input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> 精神()級 <input type="checkbox"/> 障害者認定あり(<input type="checkbox"/> 特・ <input type="checkbox"/> 普)
	生年月日	大・昭・平 年 月 日	合計所得金額 円 同居区分 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	個人番号		別居の場合の住所
扶養親族	氏名	手帳の区分	<input type="checkbox"/> 身体()級 <input type="checkbox"/> 療育(<input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> 精神()級 <input type="checkbox"/> 障害者認定あり(<input type="checkbox"/> 特・ <input type="checkbox"/> 普)
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄 同居区分 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	個人番号		別居の場合の住所
	氏名	手帳の区分	<input type="checkbox"/> 身体()級 <input type="checkbox"/> 療育(<input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> 精神()級 <input type="checkbox"/> 障害者認定あり(<input type="checkbox"/> 特・ <input type="checkbox"/> 普)
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄 同居区分 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	個人番号		別居の場合の住所
	氏名	手帳の区分	<input type="checkbox"/> 身体()級 <input type="checkbox"/> 療育(<input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> 精神()級 <input type="checkbox"/> 障害者認定あり(<input type="checkbox"/> 特・ <input type="checkbox"/> 普)
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄 同居区分 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	個人番号		別居の場合の住所

1. <input type="checkbox"/> 下記の者の扶養(仕送り又は援助)により生活していた。 氏名 住所	円	
2. <input type="checkbox"/> 遺族年金・ <input type="checkbox"/> 障害年金・ <input type="checkbox"/> 雇用保険等で生活していた。		
3. <input type="checkbox"/> 学生であった。 学校名		
4. <input type="checkbox"/> 病気療養中		5. <input type="checkbox"/> 貯金や財産で生活していた。

職員記入欄	申告区分	税額変更	→	
	市・国保	申告システム	/	/
		基幹システム	/	/
身元確認	個人番号カード・免許・旅券・身体障害者手帳・在留カード・その他()	確認	日付	確認者
番号確認	個人番号カード・通知カード・住民票・住民票記載事項証明書			