

3 給与の内訳

源泉徴収票のない人は、この内訳欄に
年中の給与を記入してください。

月	月 額 (円)	社会保険料 (円)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
夏冬(ボーナス)等	円	円
合 計 (年間収入)	円	円
勤務先	名 称	
	所 在 地	
	連絡先	

4-1 所得から差し引かれる金額

雑損控除	損害の原因	損害年月日	④ 損害金額	雑損控除額
		年 月 日	円	①ー「⑤」②×10% 又は 災害関連支出の金額－5万円 のいずれか多い方の金額
	① 保険金などで補てんされる金額	② 差引損失額(④ー①)	円 又は災害関連支出の金額 円	円
医療費控除 「明細書」を添付してください。 ②について一般又は特例分のいずれかを選択してください。 特例分を選択した場合、一般分の控除は行いません。これを併用することはできません。	④ 支払った医療費		⑤	医療費控除額
	円		☐ 一般分 「10万円」と「⑤」×5% とのいずれか多い方の金額	①ー⑤ 「一般分は最高 200万円」 「特例分は最高 8万8千円」
	① 保険金などで補てんされる金額		円	円
	② 差引負担額(④ー①)		☐ 特例分 (セルフメディケーション) 12,000 円	円
社会保険料控除	保険の種類	支払った保険料	社会保険料控除額	
	国民健康保険 ④	円	③ー①の計	
	後期高齢者医療保険 ⑤	円	円	
	介護保険 ⑥	円		
	国民年金・国民年金基金 ⑦	円 明細書などを添付又は選択してください。		
	勤労者から徴収された保険料 ⑧	円		
	その他(国民健康・任意保険等) ⑨	円		
小規模企業共済等掛金控除	支払った小規模企業共済掛金(日本小規模企業共済会に限ります)。 確定拠出年金法に規定する企業型年金加入者掛金、個人型年金加入者掛金(iDeCo・イデコ)及び心身障害者扶養共済掛金との合計額			小規模企業共済等掛金控除額 円

4-2 所得から差し引かれる金額 厚生会保険料免除や介護保険料免除を受ける場合は、証明書などを添付又は提示してください。

生命保険料控除	保険の種類 (添付するものをご確認ください。)		新・旧の区分	保険会社名など	支払った保険料(a) (a)のうち契約者配当金を除く	(a)のうち保険の種類ごとの支払った生命保険料の合計				
	一般生命保険	個人年金保険	介護医療保険	新・旧		円	新一般生命保険			
	一般生命保険	個人年金保険	介護医療保険	新・旧		円	旧一般生命保険			
	一般生命保険	個人年金保険	介護医療保険	新・旧		円	新個人年金保険			
	一般生命保険	個人年金保険	介護医療保険	新・旧		円	旧個人年金保険			
	一般生命保険	個人年金保険	介護医療保険	新・旧		円	介護医療保険			
						円				
						円				
地震保険料控除	保険の種類 (添付するものをご確認ください。)		保険会社名など	支払った保険料(b) (b)のうち契約者配当金を除く	保険の種類 (添付するものをご確認ください。)		保険会社名など	支払った保険料(b) (b)のうち契約者配当金を除く	(a)のうち地震保険料等の合計	
	地震保険	旧長期損害保険		円	地震保険	旧長期損害保険		円	(a)のうち地震保険料等の合計	円
	地震保険	旧長期損害保険		円	地震保険	旧長期損害保険		円	(a)のうち地震保険料等の合計	円
	地震保険	旧長期損害保険		円	地震保険	旧長期損害保険		円	(a)のうち地震保険料等の合計	円
	地震保険	旧長期損害保険		円	地震保険	旧長期損害保険		円	(a)のうち地震保険料等の合計	円
	地震保険	旧長期損害保険		円	地震保険	旧長期損害保険		円	(a)のうち地震保険料等の合計	円

5 事業専従者

(あなたと生計を一にする18歳以上の親族で、原則として、年中に8ヶ月を超える期間、あなたの事業に専ら従事している人があるときは、その欄に記入してください。)

氏名	続柄	生年月日	従事月数
個人番号	控除額		円
氏名	続柄	生年月日	従事月数
個人番号	控除額		円
所得税における青色申告の承認の有無			有・無

6 寄附金税額控除

(罰金等の徴収費、内訳書等を添付又は提示してください。)

種 類		寄 附 先	寄 附 金 額
都道府県・市区町村 (特例控除対象寄附金)分			円
神奈川県県民基金会・日本赤 十字社神奈川県支部・都道府 県・市区町村(特例控除対象 寄附金以外)分			円
神奈川県 横浜市の金 額で指定さ れた寄附金	神奈川県分		円
	横浜市区分		円

※支出した寄附金に応じて、各欄にそれぞれ寄附元及び金額を記入してください。ただし、認定特定非営利活動法人以外の特定非営利活動法人に対する寄附金については、上欄に記入せず、別添「寄附金控除申請書(表二)」を提出してください。

7 所得金額調整控除に関する事項（給与収入金額が850万円を超える方）

所得金額調整控除の適用を受ける場合は、「事件」欄の該当する項目にチェックを付け、その項目の該当者について下の欄に記入してください。

要 件	☐ あなた自身が特別障害者 ☐ 同一生計配偶者が特別障害者 ☐ 扶養親族が特別障害者 ☐ 扶養親族が年齢 23 歳未満 (障 1 月 2 日以後に発生する)	氏 名	続 柄	障害者 身・精・受・認 (級)
	生年月日	年 月 日 生	個人番号	

※ 確定申告書を提出し所得控除の記載を省略した方で、市民税・県民税申告書でも所得控除の記載を省略する方は、こちらにチェックしてください。

(22)

- 2 用紙の大きさは、縦30.4センチメートル、横21.0センチメートルとすること。