

令和8年度 市県民税申告書
(兼国民健康保険税・介護保険料申告書)

日田市長 様 令和 年 月 日提出

1月1日 現在の住所	※左記住所と異なる場合に記入してください。									
氏 名										
個人番号										
電話(自宅 又は携帯)	—					—				
勤 務 先 又は職業										

1.所得金額 (令和7年1月～12月) ●所得のなかった方は、裏面の「所得のなかった方の記入欄」へ

所得の種類	種 目	A 収入金額(円)	B 必要経費(円)	C 専従者控除額(円)	所得金額(A-B-C)(円)
営 業 等					
農 業					
不 動 産					
配 当			配当割額控除額(円)		
給 与	支払者などの氏名・名称	収入金額(円)		源泉徴収票(コピー可)を添付するか、源泉徴収票がない方は、勤務先から支払証明をもらってください。	
公的年金等				源泉徴収票(コピー可)を添付してください。	
雑 業 務					
そ の 他					
				所得金額(A-B)(円)	特別控除額(円) ※日田市記入欄
一 時					
土 地 等 譲 渡					
株 式 等 の 譲 渡					
山 林					

●収支内訳書・給与の支払証明欄は裏面にあります。

2.所得から差し引かれる金額(控除) ●領収書・控除証明書は原本(コピー不可)を添付、医療費控除は明細書を添付。

雑 損 控 除	損害の原因	損害を受けた資産	損害年月日	損害金額	補填される金額	差引損失額(うち災害関連支出額)	控除額(円) ※日田市記入欄		
医 療 費 控 除	A 支払った医療費		B 補填される金額		C 所得の5%と10万円の少ない方の額		A-B-C		
セルフメディケーション税制	<input type="checkbox"/> 健康診査 <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 定期健康診断 <input type="checkbox"/> 特定健康診査 <input type="checkbox"/> がん検診 <input type="checkbox"/>		A 特定一般用医薬品等購入費		B 補填される金額		A-B-12,000円(限度額:88,000円)		
社会保険料控除	A 国民健康保険税		B 国民年金保険料(控除証明書を添付)		C 介護保険料				
	円		円		円				
	D 後期高齢者医療保険料		E 源泉徴収票の社会保険料		F その他()				
	円		円		円				
小規模企業共済等掛金控除	小規模企業共済掛金、心身障害者扶養共済掛金、確定拠出年金法に基づく個人年金加入者掛金の合計額(控除証明書を添付)								
生命保険料控除	さい。添付してください。	新一般生命保険	支払額	円	旧一般生命保険	支払額	円	限度額:70,000円	
介護医療		支払額	円						
新個人年金保険		支払額	円	旧個人年金保険	支払額	円			
地震保険料控除		地震保険料	支払額	円	旧長期損害保険料	支払額	円	限度額:25,000円	
配偶者(特別)控除・ 同一生計配偶者	氏 名		個 人 番 号		生 年 月 日		状 況	障害者控除	
					明・大昭・平 年 月 日		同居・別居	身・知精・他 級	
	配偶者の合計所得		円		同一生計配偶者(控除対象配偶者を除く。)				
扶 養 親 族	氏 名		続柄	個 人 番 号		生 年 月 日	特親	状 況	障害者控除
※所得金額調整控除(給与収入850万円超の方が対象)に関する記入欄は裏面にあります。						大・昭平・令 年 月 日		同居・別居	身・知精・他 級
						大・昭平・令 年 月 日		同居・別居	身・知精・他 級
						大・昭平・令 年 月 日		同居・別居	身・知精・他 級
						大・昭平・令 年 月 日		同居・別居	身・知精・他 級
						大・昭平・令 年 月 日		同居・別居	身・知精・他 級
本 人 控 除	障 害 者 控 除		身体・知的・精神・他() 級			特親の合計所得			
該当するものを○で囲んでください。	ひとり親控除 <input type="checkbox"/>		寡婦控除		死別・離別	扶養 / 有・無	勤労学生控除	学校名・学年	

日田市 記入欄	控対配	配 特	配偶者所得	扶 養		特 特親所得	障害者		未 特 他 ひとり親 寡 勤 専 専 専従者控除	
	一般・老人			特 同 老 他 少			同 特 他 成 障 障 親 婦 学 配 数			
/	本 人	使用者	本人身元確認	代理人	身元確認	番号	カード	その他	受付	入力
	代理人	郵送			代理権	確認	通知カード	同意		



見やすいユニバーサル
デザインフォントを採用
しています。

収支内訳書(営業・農業・不動産等)

上記(営業・農業・不動産等)の所得に係る収入金額及び必要経費について取引の年月日や金額等を帳簿に記録していますか。

☐ はい ☐ いいえ

収入(売上)金額		必要経費(支出)金額	
科 目	金額(円)	科 目	金額(円)
1月		租 税 公 課⑦	
2月		水 道 光 熱 費⑧	
3月		通 信 費⑨	
4月		広 告 宣 伝 費⑩	
5月		損 害 保 険 料⑪	
6月		修 繕 費⑫	
7月		消 耗 品 費⑬	
8月		給 与 賃 金 ※ ⑭	
9月		地 代 家 賃 ※ ⑮	
10月		利 子 割 引 料⑯	
11月		減 価 償 却 費 ※ ⑰	
12月			⑱
雑 収 入			⑲
家 事 消 費			⑳
計 ①			㉑
期 首 棚 卸 高②			㉒
仕 入 金 額③			㉓
期 末 棚 卸 高④			㉔
売上原価(②+③-④) ⑤		経 費 計 ⑵	
差引金額(①-⑤) ⑥		専 従 者 給 与 ※ ⑶	
		所得(⑥-⑵-⑶) ⑷	

※⑭、⑮、⑰、⑶の経費がある場合は以下の欄にも記入してください。

⑭ 給与賃金の内訳

住所	氏名	年齢	月数	給与賃金の合計
		才	月	円
		才	月	円
		才	月	円
		才	月	円

⑮ 地代家賃の内訳

支払先住所	支払先氏名	賃借物件	支払金額
			円
			円
			円

⑰ 減価償却費の計算

資産名	取得	取得価格	耐用年数	償却率	期間	専用割合	償却費
	年 月	円	年		/12	%	円
	年 月	円	年		/12	%	円
	年 月	円	年		/12	%	円
	年 月	円	年		/12	%	円
計	年 月	円	年		/12	%	円

⑶ 専従者給与の内訳

氏名	続柄	個 人 番 号	従事月数	支払金額
			月	円
			月	円

給与の支払証明(日雇・パート・アルバイト)

日給(日雇)の人、源泉徴収をしていない事業所に勤務している人は、勤務先から証明してもらってください。

	日 給(円)	勤務日数	収入金額(円)
1月			
2月			
3月			
4月			
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
賞 与 な ど			
合 計			

雇用主の証明

上記のとおり支払いしたことを証明します。

雇用主住所

雇用主氏名

雇用主電話番号

◆事業税に関する事項

開 廃 業 年 月 日	年 月 日 開 ・ 廃
事 業 所 所 在 地	
事 業 税 の 非 課 税 所 得	円
損益通算の特例適用前の不動産所得	円
事 業 用 資 産 の 譲 渡 損 失 な ど	資産種目 損失額 円

※ この申告書は個人事業税申告書(県税)を兼ねます。

◆寄附金に関する事項(領収書を添付してください。)

	寄 附 先	寄 附 金 額
都道府県、市区町村分(震災関連寄附金を含む)		円
大分県共同募金会、日本赤十字社大分県支部		円
大分県条例指定分		円
日田市条例指定分		円

◆所得金額調整控除に関する事項(給与収入850万円超の方が該当します。)

氏 名	続柄	個 人 番 号	生 年 月 日	状 況	特別障害者に該当する場合
			大 平 : 昭 年 月 日	同居・別居	身 : 知 級

◆所得のなかった方の記入欄

1. 扶養されていた(誰に)	氏名	続柄
	住所	
2. 非課税収入のみ	遺族年金 ・ 障害年金 ・ 老齢福祉年金	
3. 雇用保険を受給していた	年 月退職	受給期間 年 月から 年 月まで
4. 生活保護法による生活の扶助を受けていた	年 月から	年 月まで
5. その他	預貯金 ・ 借入金 ・ その他()	