

令和6年度 市民税・都民税申告書  
(令和5年中の収入・控除)

職員記入欄	受 付	入 力	確 認
		/	/
申告者	本・代・使		
身元確認	個・免・保・障・旅・在・他 ( )		
番号確認	個・通・他 ( ) ・消・棄		

受付印

1/1 現在住所	調布市		
現在住所 ふりがな			
宛名番号	氏 名		
申告書番号	電話	生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
	職業	個人 番号	

代理申告者 氏名 電話番号

① 収入のなかった方  ←左記のに✓をして、詳細を裏面⑥にご記入ください。

② 所得金額

区 分	①収入金額	②必要経費	③青色申告特別控除額	所得金額 ①-②-③
事業等				
農業				
不動産				
配当 (総合課税分)				
給与				
給与収入				
専従者給与収入				
公的年金等		(企業年金も含まます)		
雑業務				
その他のもの				
総合課税の時 限超過	裏面の総合譲渡・一時所得の欄で算出した所得金額を記入してください。			
合計				

③ 所得控除 (雑損・保険料・寄附金などの控除を受ける場合は、令和5年中に支払った領収書、証明書などを添付してください。)

雑損	損害の原因	年月日	①損害の金額	②保険金等の補てん	③差引金額 ①-②	④(③うち災害関連支出)	
医療費	裏面の明細に記入または明細を添付		①支払った金額	②保険金等の補てん	③差引金額 ①-②		
セルフメディケーション税制を選択された方は、右の欄に○を記載してください。→ <input checked="" type="checkbox"/>							
社会 保険料	国民健康保険		後期高齢者医療		支払合計額		
	介護保険	国民年金	その他				
	小規模企業共済等掛金		支払った掛金などの合計額				
生命 保険料	支払額	新生命保険	旧生命保険	介護医療保険	新個人年金保険	旧個人年金保険	
	地震 保険料	支払額	地震保険		旧長期損害保険		
配・偶 者 特 別 控 除  (配 偶 者 を 除 く)	氏 名		続柄	生年月日	障害者である場合	該当に○印	
			夫・妻	明・大・昭 平・令	年 月 日	身体 愛 精神 認定	級度 同居 別居
	個人番号						
	配偶者の合計所得		給与 収入	円	年金 収入	円	合計 所得
	個人番号						
扶 養 者 控 除 (配 偶 者 を 除 く)	氏 名		続柄	生年月日	障害者である場合	該当に○印	
				明・大・昭 平・令	年 月 日	身体 愛 精神 認定	級度 同居 別居
	個人番号						
	個人番号						
個人番号							
個人番号							
個人番号							
個人番号							
*別世帯の方の住所							

⑤ 申告者本人欄

<input type="checkbox"/> 寡婦控除	<input type="checkbox"/> ひとり親 控 除 (事実婚状態を除く)
<input type="checkbox"/> 死別	<input type="checkbox"/> 生死不明
<input type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> 未帰還

 勤労学生控除  
(学校名)

学年

障害者控除

級・度

(身 体)・(愛)・(精 神)・(認 定 書)

寄 附 金 に 関 す る 事 項

都道府県、市区町村分  
住所地の共同募金会、  
日赤支部分  
特例控除対象以外

条 例 指 定 分

東 京 都  
調 布 市

配 当 割 額 控 除 額

株 式 等 譲 渡 所 得 割 額 控 除 額

給与所得者で給与・年金以外の所得  
にかかる市・都民税の納付方法  
(希望方法に○をしてください) 特別徴収(給与から差し引く) 普通徴収(自分で納付)住 借 等 控  
除 可 能 額

居 住 年 月 日 年 月 日

④ 所得金額調整控除に関する事項

ふりがな 氏名	続柄	生年 月日	明・大・昭 平・令	特別障害者 に該当する 場合	級度	別居の場合 の住所
	個人 番号					



この申告書には、令和5年1月から令和5年12月までの内容を記入してください。

⑥収入のない期間があった方の記入欄

令和5年中の生活状況について、次の該当する番号に○印、□に✓をして必要な事項を記入してください。

1. 以下の方の扶養を受けていた。

配偶者	ふりがな 氏名			生年月日	明・大・昭・平	・	・		
	住所など	調布市で同居	<input type="checkbox"/> 同居	電話番号	( )	-			
		市外在住 (国外含む)	住所		※市内に家屋数がある配偶者 に対しては、均等割（年税額 4,000円）が課税されます。 （地方税法294条第1項第2号）				
● 調布市内で、令和6年1月1日現在居住している住居について <input type="checkbox"/> 配偶者の単独名義（賃貸・宅含む） <input type="checkbox"/> その他（名義は )		● 配偶者の他区市町村での令和6年度個人住民税の課税状況について 非課税の方は右記の□に✓をつけてください。(国外はチェック不要) <input type="checkbox"/> 非課税							
配偶者以外	ふりがな 氏名			続柄		生年月日	明・大・昭・平・令	・	・
	住所			電話番号	( )	-			

2. その他（上記1以外の方は下記の該当する番号に○印をしてください。）

(1) 遺族年金	(2) 障害年金	(3) 生活保護	(4) 休業中	(5) 預貯金
(6) その他（昨年生活状況を記入してください。）				

⑦給与収入の内訳

（日給などの給与収入のある方で、源泉徴収票のない方は記入してください。）

月	日	給	日数	月	給
1		円	日		円
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

賞 与 等

合 計 金 額 円

勤務先	名 称		
	法人番号又は所在地		
	代表者名 電 話	( )	-

⑧事業・不動産・雑所得（公的年金等以外）に関する事項

所得の種類	支払者の「名称」及び「法人番号又は所在地」等	収 入 金 額	必 要 経 費	青色申告特別控除額
		円	円	円

⑨配当所得に関する事項（分離課税分の配当所得を申告される方は、別紙をご利用ください。）

配当所得の種類	支払者の「名称」及び「法人番号又は所在地」等	支 払 確 定 年 月	収 入 金 額	必 要 経 費
		・	円	円
		・		
		・		

国外株式等に係る外国所得税額

⑩総合譲渡・一時所得

区 分	種 目	④収入金額	⑤必要経費	⑥差引金額(④-⑤)	⑦特別控除額	所得金額(⑥-⑦)
総合譲渡課税渡	短期				②	
	長期				④	
一 時			赤字のときは0		⑧×1/2=	

特別控除額は………50万円(⑧の金額が50万円までのときは⑧の金額)譲渡の特別控除額は、①短期、②長期の順に差し引きます。

⑪事業税に関する事項

非課税所得等	番号	所得金額	円	事業用資産の譲渡損失等	資産の種類	損失額、被災損失額(白)円
損益通算の特例適用前の不動産所得			円	前年中の開(廃)業	開始・廃止	月 日

他都道府県の事務所等

⑫事業専従者に関する事項

氏 名	続柄	生 年 月 日	個 人 番 号	従事月数	専従者給与(控除)額
		明・大・昭・平・令	・		円
		明・大・昭・平・令	・		
所得税における青色申告の承認の有無				承認あり・承認なし	合 計 額

⑬医療費控除の明細書 「医療を受けた方」・「病院等」ごとにまとめて記入できます。

(1) 医療を受けた方の氏名	(2) 病院・薬局医薬品などの名称	(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
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
合 計			⑨	円

※書ききれない場合は、別途作成し、添付してください。  
 なお、領収書の添付（提示）では申告できません。

⑨及び⑩を表面の「医療費」欄にも記入してください。