

現住所（印字されている住所と同じ場合は不要）、
フリガナ、氏名、生年月日、電話番号、個人番号を
記入してください。

現住所			電話番号	×××-○○○○-□□□□	
令和8年1月1日現在の住所	鹿児島市山下町11-1		業種・職業(勤務先)		
フリガナ	カゴシマ タロウ		個人番号	×××××○○○○□□	
氏名	鹿児島 太郎		世帯主名		続柄
生年月日	明・大昭平・令 ○○年 ○月○○日		整理番号		
代理申告	氏名		続柄		電話番号

社会保険料控除は
支払金額を、生命
保険料控除などは
申告額を記入して
ください。

3 所得から差し引かれる金額に関する事項

国民健康保険	後期高齢者医療保険	介護保険	国民年金
200,000 円	円	円	円
源泉徴収票の社会保険料欄の金額		合 計	
100,000 円		300,000 円	

⑬ 小規模企業共済等掛金控除		円			
⑭ 生命保険料控除	新生命保険料の計		新個人年金保険料の計		介護医療保険料の計
	56	円	57	円	58 20,000
	旧生命保険料の計		旧個人年金保険料の計		※「保険料の計」には、 支払った保険料の 金額をご記入ください。
	44	円	45	円	
⑮ 地震保険料控除	地震保険料の計		旧長期損害保険料の計		
	47	円	46	円	

16~18	本人控除 (申告者本人)	19	寡婦控除 [<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚遯]	20	ひとり親控除 (学校名)
19	配偶者控除・ 配偶者特別控除・ 同一生計配偶者	20	障害の程度 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育	21	級・度 その他()
20	氏名 鹿児島 花子	21	同居別居の区分 同居	22	生年月日 〇・〇・〇
21	障害の程度 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育	22	級・度	23	その他()
22	<input type="checkbox"/> 同一生計配偶者(控除対象配偶者を除く)	23	合計所得金額	24	48
23	個人番号 900	24	氏名 鹿児島 一郎	25	続柄 子
24	同居別居の区分 同居	25	生年月日 〇・〇・〇	26	障害の程度 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育
25	級・度	26	その他()	27	

本人控除（ひとり親控除・障害者控除等）・配偶者控除・扶養控除等に該当するものがあれば記入してください。

[illegible]

【社会保険料の内訳】

介護保険料額	40,000円
国民健康保険料額	60,000円

※内訳は転記不要です。

科 目		金 額		科 目		金 額	
所得の種類		営 業				営 業	不 動 産
収入金額	(1) 売上(収入)金額	円	裏面は記入不要です。		子	円	円
	(2) 家事消費				課		
	(3) 賃貸料				費		
	(4) 権利金等						
	(5) その他()						
	(6) 収入金額計						
売上原価	(7) 期首棚卸額	円	円	必要経費	(18) 旅費通信費		
	(8) 仕入金額				(19) 広告宣伝費		
	(9) 期末棚卸額				(20) 接待交際費		
	(10) 差引原価【(7)+(8)-(9)】				(21) 修繕費		
	(11) 差引金額【(6)-(10)】	円	円		(22) 消耗品費		
必要経費	(12) 給料賃金	円	円		(23) 損害保険料		
	(13) 外注工賃				(24) 必要経費計		
	(14) 減価償却費						
				所得金額【(11)-(24)-(25)-(26)】		円	円

7 減価償却費の計算

減価償却費(定額法) 平成19年3月31日以前の取得 取得価格×0.9×(旧)償却率×本年中の償却期間×事業専用割合＝減価償却費
平成19年4月1日以後の取得 取得価格×(新)償却率×本年中の償却期間×事業専用割合＝減価償却費

減価償却資産の名称等	面積・数量等	取得年月	取得価格	耐用年数	償却率	本年中の償却期間	本年分の普通償却費	事業専用割合	本年分の必要経費	未償却残高
			円	年		月/12	円	%	円	円
						月/12				

8 給与収入の内訳 ※源泉徴収票がない方等

月	日	給	勤務日数	月	収
1		円	日		円
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
賞与等					円
合 計					円
法人番号又は所在地					
勤務先名					
電話番号					

9 配当所得に関する事項

配当所得の種類	支払者の「名称」及び「法人番号又は所在地」	支払確定年月	収入金額	必要経費
			円	円

10 雑所得（公的年金等以外）に関する事項

種 目	支払者の「名称」及び「法人番号又は所在地」	収入金額	必要経費
		円	円

11 総合譲渡・一時所得の所得金額に関する事項

		A 収入金額	B 必要経費	C 差引金額(A-B)	D 特別控除額	E 所得金額(C-D)
総合譲渡	短期	円	円	円	円	a 円
	長期					b 円
一 時						c 円
a・b・cの金額を、おもて面の「1 収入金額等」にご記入ください。 合計をおもて面の「2 所得金額」の「09 総合譲渡・一時」にご記入ください。						合計【a+(b+c)×1/2】

12 事業専従者に関する事項

所得税における青色申告の承認 有・無

氏 名	続柄	生 年 月 日	個 人 番 号	従事月数	専従者給与(控除)額
					円

14 寄附金に関する事項 寄附金受領証明書の提示又は添付が必要です。

寄附先の名称	寄 附 金
(寄附金内訳)	
都道府県、市区町村分	円
(特例控除対象)	
鹿児島県共同募金会、日赤支部	円
都道府県、市区町村分(特例対象外)	円
鹿児島市	円

15 鹿児島市内に事業所・家屋敷を有する方 ※住所が鹿児島市外にある方

事業所(家屋敷)	事業所名(勤務先名)	所在地(住 所)
納税通知書送付先		

17 所得金額調整控除に関する事項

フリガナ	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
氏 名						
個人番号						

18 申出書（令和7年1月～12月に収入のなかった方）

※該当するものに○をして、必要事項をご記入ください。

- (1) 私は下記の者から、扶養又は援助を受けていました。

住所.....

氏名..... 続柄(.....)

電話番号.....
- (2) 私は雇用保険(失業保険)、労災保険を受給していました。

.....年.....月から.....年.....月まで
- (3) 預貯金にて生活していました。

.....
- (4) 私は(ア 遺族年金、イ 障害年金、ウ 老齢福祉年金)を受給していました。

受給額.....円
- (5) 私は学生でした。(令和8年1月1日現在)

学校名..... 学部名..... 学年.....年
- (6) 私は生活保護法による生活扶助を受けていました。.....年.....月から.....年.....月まで
- (7) その他((1)～(6)に該当しない場合)

.....