



# 令和6年度 特別区民税・都民税申告書

※令和5年中の所得などを記入してください。(この申告書では所得税の還付は受けられません。)  
所得のなかった方は、裏面の「(1)所得のなかった方の記入欄」に記入してください。

(宛先)大田区長 年 月 日提出

令和6年 1月1日現在の住所  
現在の住所

電話番号(自宅・勤務先・携帯) 職業

(フリガナ) 氏名

生年月日 明・大 昭・平・令 年 月 日

個人番号(マイナンバー)

1. 所得金額	ア 給与 (源泉徴収票添付)	源泉徴収票のない場合は裏面(2)に、給与明細を記入し、合計を右⑧に記入してください。			年間の収入金額	
	イ 雑	公的年金等 (源泉徴収票添付)	遺族年金・障害年金等は裏面(1)の③に記入してください。			⑧ 給与収入
		業務 その他	種 目	ア 収入金額	⑨ 年金収入	⑨ 年金収入
	ウ 事業	営業等				
	エ 不動産					
	オ 配当	収入金額の内訳を裏面(4)に記入してください。				
	カ 一時所得					

大田区処理欄	
①	業務
②	その他
③	
④	
⑤	
⑥	

上記以外の所得がある場合、雑損控除・寄附金税額控除がある場合は、裏面の該当欄に記入してください。

2. 所得控除 (所得から差し引かれる金額)	キ 配偶者控除・配偶者特別控除・同一生計配偶者	氏名 (フリガナ)	続柄 (妻・夫)	生年月日 (明・大・昭・平・令 年 月 日)	障害者控除 (級(度))	居住形態 (別居の場合のみ住所を記入してください。)	個人番号	
	配偶者に所得があった方は、下の該当欄に金額を記入してください。							
	給与収入		年金収入		その他の所得			
	ク 扶養親族 ※配偶者を除く	氏名 (フリガナ)	続柄	生年月日 (明・大・昭・平・令 年 月 日)	障害者控除 (級(度))	居住形態 (別居の場合のみ住所を記入してください。)		個人番号
	・16歳未満の場合、年少に○印 ・国外居住の場合、親族関係書類と送金関係書類を添付。さらにその親族が30歳以上70歳未満の場合、留学生、障害者又は38万円以上の送金等を受けている方が確認できる書類を添付							
	ケ 社会保険料控除	国民健康保険 後期高齢者医療等 (年金から差し引かれた分を除く)	介護保険 (年金から差し引かれた分を除く)	国民年金 (証明書添付)	年金から差し引かれた社会保険料等	給与から差し引かれた社会保険料等		
	コ 小規模企業共済等掛金控除 (証明する書類添付)							
	カ 生命保険料控除 (証明書添付)	新一般生命保険料 (支払額) ⑮	新個人年金保険料 (支払額) ⑯	介護医療保険料 (支払額) ⑰	旧一般生命保険料 (支払額) ⑱	旧個人年金保険料 (支払額) ⑲	※新制度及び介護医療保険料は平成24年1月1日以降に新規契約・変更したものに限り。	
	キ 地震保険料控除	地震保険料 (支払額) (証明書添付) ⑳	旧長期損害保険料 (支払額) (証明書添付) ㉑					
	ク 障害者控除(本人)	(1)愛の手帳1・2度 (2)身体障害者手帳1・2級 (3)精神障害者保健福祉手帳1級 (4)成年被後見人 (5)戦傷病者手帳の特別項症~第三項症に該当される方 (6)65歳以上で特別障害者相当と市区町村長等の認定を受けた方 (7)(1)~(6)以外の方は下記にご記入ください。(愛の手帳・身体・精神 級(度))						
ケ 寡婦、ひとり親控除 (該当する事項に○印をしてください。)	寡婦 (死別・離婚・生死不明) 事由発生日 昭 平 年 月 日 ) ・ ひとり親							
コ 勤労学生控除	学校名			学年				
カ 医療費控除 (明細書等添付)	A 支払った医療費	B 保険金などで補てんされる金額	C 差引負担額 (A-Bの金額)					
キ セルフメディケーション税制控除 (明細書添付)	D 支払った医薬品購入費	E 保険金などで補てんされる金額	F 差引負担額 (D-Eの金額)					

⑩	所得税の控除合計額	
控配	一般 C 老人 E	
⑪	所得税の配偶者特別控除額	
⑫	配偶者の合計所得額	
扶養人数	特 定 人 居 人	老 人 人
	そ の 他 人 居 人	年 少 人 居 人
障害者 (障別)	特 別 人 居 人	そ の 他 人 居 人
	同 居 人 居 人	同 居 人 居 人
住宅取得 居住年月日 年 月 日		住宅取得区分
コード		金額
⑬		
⑭		
⑮		
⑯		
⑰		
⑱		
⑲		
⑳		
㉑		
㉒		
㉓		
㉔		
㉕		
㉖		
㉗		
㉘		
㉙		
㉚		
㉛		
㉜		
㉝		
㉞		
㉟		
㊱		
㊲		
㊳		
㊴		
㊵		
㊶		
㊷		
㊸		
㊹		
㊺		
㊻		
㊼		
㊽		
㊾		
㊿		

医療費領収書保管番号	番号 提示・提出・なし	番号カード・通知カード・住民票	代理権 委任状・ブレ・( )	無所得 添付(裏面)	受付: /	コード: /
	身元 提示・提出・ブレ	免許証・保険証・源泉・障害手帳・在留・( )		別紙あり 医療費別保管	入力: /	照合: /

(1) 所得のなかった方の記入欄

前年(令和5年1月~12月)中に、所得のなかった方は、次の該当する番号に○印をして必要な事項を記入してください。

また、あなたと生計を一にする配偶者や親族のうち、前年中の合計所得金額が48万円(給与収入のみの場合103万円)以下の方を扶養している場合は、表面「2. 所得控除(所得から差し引かれる金額)」の「④配偶者控除・配偶者特別控除・同一生計配偶者」欄または「②扶養親族」欄に氏名等を記入してください。

①次の人に扶養(援助)されていました。

(住所) (氏名) あなたからみた続柄

②雇用保険・労災保険を受けていました。

年 月 日から 年 月 日まで (または受給中)

③遺族年金等を受給していました。

イ 遺族年金 ロ 障害年金 ハ 増加恩給 ニ 福祉年金 ホ その他 ( ) 年間受給額 円

④生活保護法による生活扶助を受けていました。

(現在も受給中の方) 年 月 日から現在も受給中 (前年中に受給した方) 年 月 日から 年 月 日まで 生活扶助を受給している市区町村名などを記入してください。 区・市 生活福祉課・福祉事務所

⑤預貯金で生活していました。

⑥その他(生活費の入手先を記入してください。)

(3) すでに申告書を他の市区町村や税務署に提出された方の記入欄

提出した市区町村名・税務署名 提出年月日 年 月 日

提出したときに記入した住所

(4) 配当所得の内訳

Table with 5 columns: 会社名, 種類・株数, 収入金額, 源泉徴収所得税額, 支払確定年月

(5) 総合課税の利子所得のある方(034)

Table with 3 columns: 利子名, 利子所得の金額, 支払確定年月

(6) 株式等譲渡所得のある方

Table with 5 columns: 株式等の名称, 収入金額, 取得費等, 所得金額

(7) 農業、山林、総合・分離譲渡(短期・長期)所得、先物取引等に係る所得のある方の記入欄

Table with 5 columns: 項目, 収入金額, 必要経費, 特別控除額, 所得金額

(8) 退職所得のある方の記入欄(085)

Table with 3 columns: 収入金額, 勤続年数, 退職区分

(9) 所得金額調整控除に関する事項

フリガナ, 氏名, 続柄, 生年月日, 特別障害者に該当する場合, 級別, 別居の場合の住所

(2) 給与所得者で源泉徴収票のない方は、前年中の収入を必ず記入してください。

主な勤務先, 所在地, 電話, 仕事の種類

Table with 4 columns: 月, A 日給, B 勤務日数, A×B 月収

年間の賞与合計金額, 合計

(12) 住所が区外にある方で区内に事務所・事業所・家屋敷を有する方の記入欄

Table with 2 columns: 所在地, 名称

(13) 雑損控除のある方の記入欄(109)

Table with 2 columns: 損害の原因, 損害年月日, A 損害金額, B 補填される金額, A-B 差引損失額, 災害関連支出額

(14) 住民税の控除合計額の記入欄

円

(10) 事業専従者に関する事項の記入欄(134)

Table with 6 columns: 青白の別氏名続柄生年月日給与控除額, 個人番号

(11) 事業税に関する事項の記入欄

Table with 3 columns: 事業税の非課税所得, 開業・廃業年月日, 事業用資産の譲渡損失など

(15) 寄附金に関する事項の記入欄(支払額・証明書添付)

Table with 2 columns: 寄附金項目, 金額

●所得がなかった方へのお願い 特別区民税・都民税の申告は、非課税証明書の発行や国民健康保険・後期高齢者医療保険・介護保険・国民年金などの保険料及び給付のための資料となります。このため、前年中に所得がなかった方も、申告書表面に住所・氏名・生年月日・個人番号(マイナンバー)を記入のうえ、申告書裏面の「(1) 所得のなかった方の記入欄」を記入して提出をお願いします。

大田区役所 課税課 (本庁舎4階) 〒144-8621 東京都大田区蒲田五丁目13番14号 申告書の提出期限は 3月15日です。