

ID	
個人番号	
フリガナ 氏名	
明・大・昭・平	年 月 日生
世帯主 氏名	続柄

1 住所・氏名・職業等

現住所 筑前町

携帯電話 - - 自宅電話 () -

1月1日現在の住所 筑前町

職業又は勤務先 屋号

電話 () -

種類	A 収入金額		B 必要経費		所得金額	
	円		円		①	円
営業等					②	
農業					③	
不動産					④	
利子					⑤	
配当	株式等				⑥	
	その他				⑦	
給与	⑫				⑧	
	公的年金等	⑬			⑨	
雑	その他					
所得金額	A 収入金額		B 必要経費	C 差引 (A-B)	D 特別控除等	所得金額
	円		円	円	円	円
総合課税の譲渡	短期				ア	
	長期				イ	
一時					ウ	
総合課税の譲渡・一時					ア + { (イ + ウ) × 1 / 2 }	⑩
所得金額の合計					① ~ ⑨ + ⑩	⑪

3 本人該当事項 (下記のうち、あなたが該当する事項の□欄にレ点でチェックしてください)

障害者 寡婦(一般) 寡婦(特別) 寡夫 勤労学生

特別障害者 普通障害者 死別 離婚 生死不明 未帰還

() () 事実発生日年月日 年 月 日 ()

学校名

配偶者(特別)控除

氏名 個人番号 生年月日 同居・別居

明・大・昭・平

同居 特別 普通 () 級

別居 同居特別障害者に該当

配偶者の合計所得 円

注意 別居の控除対象配偶者・扶養親族がいる場合には、裏面「8」にも氏名及び住所を記入してください。また、扶養親族欄が足りない場合は下記の備考欄に記入してください。

扶養親族

氏名 個人番号 生年月日 続柄 同居・別居

明・大・昭・平

同居 特別 普通 () 級

別居 同居特別障害者に該当

明・大・昭・平

同居 特別 普通 () 級

別居 同居特別障害者に該当

明・大・昭・平

同居 特別 普通 () 級

別居 同居特別障害者に該当

成年	専従者	配他	次年申告	補足事項	控配	配特	特定	同老	老人	他	年少	同特	特障	普障	2号
提出方法		本人身元確認	1点確認				代理権確認				税務代理権限証書 審判確定証明書 登記事項証明書				
本人郵送代理人使用者			番号C 運転免許 保険証 障害手帳 学生証(写真有) 通知はがき 控除証明書 領収書 他()				委任状 本人しか持ちえない書類								
番号確認			2点確認				代理人身元確認				1点確認 税理士証票 名簿 番号C 運転免許 他()				
番号C 通知C 住民票 端末 未確認		確認書類なし				口頭確認(本人のみ) 過去の情報 未確認				2点確認 保険証 身分証明書(写真無) 他()					

備考

受付印

4 所得から差し引かれる金額 (つづき)

※添付書類は2頁裏面、3頁に貼付してください。

雑損控除	損害の原因	損害年月日	損害を受けた資産の種類	損害金額	保険金等からの補てん額	差引損失金額
		.	.	A	B	(A-B)
差引損失金額のうち災害関連支出の金額				円-5万円		
医療費控除	支払った医療費		保険金等から補てんされた金額	裏面①の5%又は10万円	医療費控除額	
	A		B	C	(A-B-C)	
セルフメディケーション税制 (医療費控除の特例)	支払った金額		保険金等から補てんされた金額	医療費控除額 (特例分)		
	A		B	(A-B-12,000円)		
社会保険料控除	種類		支払保険料		種類	支払った保険料の合計額
	国民健康保険等		A		新生命保険	
	後期高齢保険		B		旧生命保険	
	介護保険		C		介護医療	
	国民年金		D		新個人年金	
	その他(任意継続等)		E		旧個人年金	
(A~Eの合計)				種類	支払った保険料の合計額	
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と 心身障害者扶養共済掛金との合計額				地震保険料控除	
					地震保険	
				旧長期損害保険		

5 寄附金に関する事項 (平成29年中に寄附した金額について、下記の表に寄附金額の内訳を記載してください。)

寄附先	寄附金額	寄附先	寄附金額	寄附金額の合計
福岡県共同募金会・日本赤十字社 福岡県支部に対する寄附	A	都道府県・市区町村 に対する寄附(ふるさと納税)	B	(A~Dの合計)
福岡県が条例で指定した法人 又は団体に対する寄附	C	筑前町が条例で指定した法人 又は団体に対する寄附	D	

6 事業専従者欄

氏名	個人番号	生年月日	続柄	従事月数	専従者給与(控除)額	所得税における 青色申告の 承認の有無
		明・大 昭・平		月		
		明・大 昭・平		月		
		明・大 昭・平		月		
合計						有・無

7 配当割額又は株式等譲渡所得割額の控除に関する事項

特定配当等に係る所得金額、特定株式等譲渡所得金額を総所得金額等を含め、配当割額又は株式等譲渡所得割額の控除を受けようとする場合は、右の各欄に配当割額及び株式等譲渡所得割額を書き入れてください。

配当割額控除額	
株式等譲渡所得割額控除額	

8 別居の控除対象配偶者・扶養親族に関する事項

氏名	別居の控除対象配偶者・扶養親族の住所

9 その他

◎給与収入(パート・アルバイト等)で源泉徴収票がない方は、平成29年中の収入状況について記入してください。

1月	_____	7月	_____
2月	_____	8月	_____
3月	_____	9月	_____
4月	_____	10月	_____
5月	_____	11月	_____
6月	_____	12月	_____
		賞与	_____

支払者	名称	
	住所	

合計 円

◎通信欄(所得がない方は、連絡事項等を記入してください。)

①下記の者の扶養親族になっている。
 住所 _____ 氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____

②その他の連絡事項(生活費の状況等で次にあてはまるものがあればレ点をつけてください。それ以外はその旨を記入してください。)

生活保護 失業手当・傷病手当等を受給 障害年金(年額 _____ 円) 遺族年金(年額 _____ 円)