

令和2年度 市民税・都民税申告書


税務署へ確定申告書を提出された方は、この申告書を提出する必要はありません。

	
---	--

西東京市長あて 令和2年度 市民税・都民税申告書

令和 年 月 日提出

ナンバリング

	1月1日住所所在地	資料番号										
	現住所	個人番号 (マイナンバー)										
	フリガナ	生 年 月 日	宛名番号									
	氏 名	印	電話番号									

① 所得金額 (平成31年1/1~令和元年12/31)	種 類	① 収入金額	② 必要経費	③ 専従者控除額	所得金額 (①-②-③)
	事業	営業等			
農業					⑭
	不動産				⑯
	利子				⑰
	配当			一般信託 外貨信託	⑱
給 与	源泉徴収票等のない方は裏面②に記入してください。	給与収入	⑧		あ
	同封の「申告の手引き」をご覧ください。	年金収入	⑩		い
雑	公的年金等				う
	その他				え
	総合譲渡・一時	短期譲渡所得金額 ⑩⑤	長期譲渡所得金額 1/2 前 ⑩⑥	一時所得金額 1/2 前 ⑩⑦	⑩⑧ $105 + \{ (106 + 107) \times 1/2 \}$
	合 計				⑩⑨

※申告する所得 (収入) 金額のない方は、裏面①にその状況を記入して提出してください。
 ※分離課税に係る所得がある方は、裏面④に記入してください。
 ※特定支出控除がある方は、必要書類を添付の上、裏面②給与収入の「特定支出の合計額」の欄にご記入してください。

② 所得から差し引かれる金額 (平成31年1/1~令和元年12/31)	⑩⑩ 雑損	⑩⑪ 医療費の計算は裏面⑥です。	⑩⑫ 雑損	⑩⑬ 医療費
	社会保険料控除	国民健康保険・後期高齢者医療保険 円	国民年金 (控除証明書等を添付) 円	介護保険 円
小規模企業共済等掛金控除 (証明書添付)	支払った第一種共済掛金と心身障害者扶養共済掛金等の合計額 →			⑩⑭
生命保険料控除 (証明書添付)	一般生命保険 新生命保険の支払額 ⑩⑮	個人年金 旧生命保険の支払額 ⑩⑯	介護医療保険 新個人年金の支払額 ⑩⑰	旧個人年金の支払額 ⑩⑱
地震保険料控除 (証明書添付)	地震保険料の支払額 ⑩⑲	旧長期損害保険料の支払額 ⑩⑳	※生命保険料控除・地震保険料控除については、支払証明書等に記載のある区分に沿って、支払額をご記入ください。	
本人該当事項 (あてはまるもの○印で囲んでください)	障害者控除 特別 { 身体障害者手帳 () 級・愛の手帳 () 度 } 普通 { 精神障害者保健福祉手帳 () 級・その他 () }			
□ 同一生計配偶者 □ 配偶者特別控除	氏 名	続 柄	生 年 月 日	居住形態
	配偶者の給与収入	円	年金収入	円
扶 養 控 除 16歳以上 (H16.1.1以前生)	個人番号		明・大昭・平	同居・別居 (国内/国外) 特別 () 普通 ()
	個人番号		明・大昭・平	同居・別居 (国内/国外) 特別 () 普通 ()
	個人番号		明・大昭・平	同居・別居 (国内/国外) 特別 () 普通 ()
	個人番号		明・大昭・平	同居・別居 (国内/国外) 特別 () 普通 ()
16歳未満の扶養親族 (扶養控除対象外) (H16.1.2以後生)	個人番号		平・令	同居・別居 (国内/国外) 特別 () 普通 ()
	個人番号		平・令	同居・別居 (国内/国外) 特別 () 普通 ()
	個人番号		平・令	同居・別居 (国内/国外) 特別 () 普通 ()

⑩⑳ 生保	
⑩㉑ 地震	
⑩㉒ 本・扶	0,000
⑩㉓ 控配	0,000
⑩㉔ 配特	0,000
⑩㉕ 扶養	0,000
⑩㉖ 基礎	0,000
⑩㉗ 合計	

※ご記入の必要はありません。

普 増	特 減	併 新	年 普	年 併
-----	-----	-----	-----	-----

※源泉徴収票・控除の証明書等は、裏面へ添付

扶養	同配	老配	特定	老親	老	一般	年少	同特	特障	普障	強制課税	88	受付	データ	入力	扶養
	79	80	82	83	84	81	89	85	86	87	6	6	1			
本人	未成	特障	普障	寡婦	特寡	寡夫	勤学	青色	配専	他専	医七	特	普			審査
	77	71	72	74	74	75	76	49	50	52	821	809	810			入力済
	C	D	E	1	2	G	H	I	J	人	M	K	L			

区分	所得金額(円)		控除	所得金額(円)
	収入金額(円)	所得金額(円)		
事業所得				
営業所得				
農業所得				
不動産所得				
子当与				
雑所得				
その他				
公的年金等				
総合課税				
分離課税				
合計				
雑損控除				
医療費控除				
社会保険料控除				
小規模企業等掛金控除				
生命保険料控除				
地震保険料控除				
本人・配偶者・寡夫・寡婦・特別寡婦・寡夫				
勤労学生				
普通障害者				
特別障害者				
配偶者控除				
配偶者特別控除				
老人扶養控除				
扶養一般				
扶養特定				
普通障害者控除				
特別障害者控除				
基礎控除				
控除合計				
16歳未満の扶養親族				
配当割額				
株式等譲渡所得割額				
寄附金税額控除の申告				

⑦ 寄附金税額控除 (領収書等添付) 都道府県市区町村 (805) 寄附額 東京都条例該当 (808) 寄附額 ① 特別徴収された配当割及び株式等譲渡所得割の金額 97 配当割額 共同募金会日本赤十字 (806) 寄附額 西東京市条例該当 (807) 寄附額 98 株式等譲渡所得割額

⑧ 徴収方法の選択 給与・公的年金等に係る所得以外の所得に係る住民税の徴収方法の選択 (令和2年4月1日現在において65歳未満の方は給与所得以外の徴収方法) 特別徴収 (給与から差引く) 普通徴収 (自分で納付)

⑨ 西東京市外に居住し、市内に事務所、事業所または家屋敷を有する方の申告欄 種類 所在地 事務所・事業所・家屋敷 西東京市 ※同一生計配偶者・扶養親族を有する方は、該当する項目欄にご記入ください。

⑩ 上場株式等に係る配当所得等の住民税課税方式の選択 別紙「令和2年度 市民税・都民税申告書 別表(課税方式選択用)」をご記入のうえ、この申告書と合わせてご提出ください。 ※納税通知書が送達される日までに、申告書をご提出いただく必要があります。

① 所得(収入)がなかった方の記入欄 この欄は、非課税証明書の発行、国民健康保険料・介護保険料・後期高齢者医療保険料等の算定などの基礎資料になりますので、下記に記入のうえ提出してください。

前年(平成31年・令和元年)中、所得のなかった理由に該当する番号に○印をし、必要事項を記入してください。

1 次の者から扶養、援助を受けていた。
氏名 続柄 電話番号
住所 表面の住所と同じ

2 学生の場合 (令和元年12月31日現在で記入)
学校名 学部 年

3 生活保護法による生活扶助を受けていた。
年 月 日 から 年 月 日まで

4 非課税年金・手当を受給していた。
イ 遺族年金 ロ 障害年金 ハ 雇用保険 ニ その他受給先
年間受給金額

5 預貯金で生活していた。

6 その他(前年中の生活状況を具体的に記入してください。)

② 給与収入 【給与明細を添付するか、勤務先で証明を受けてください。収入金額は、通勤手当を除き、源泉徴収税額・社会保険料を含んだ金額でご記入ください。】 **③ 事業、不動産所得の計算書** 営業・農業所得収支明細 不動産所得収支明細

月	日給(円)	勤務日数	収入金額(円)	社会保険料(円)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
夏期賞与				
年末賞与				
合計			⑧	③②
勤務先名	⑩			
所在地				
電話番号				
特定支出の合計額	円			

項目	金額(円)
売上金額	
雑収入	
① 計	
仕入金額	
水道光熱費	
修繕費	
消耗品費	
火災保険料	
雇用費	
地代・家賃	
② 計	
③ 専従者控除	
所得金額①-②-③	

項目	金額(円)
家賃収入	
地代収入	
権利金	
更新料	
① 計	
固定資産税	
修繕費	
火災保険料	
減価償却費	
② 計	
③ 専従者控除	
所得金額①-②-③	

源泉徴収票控除の証明書等をホッチキスでとめてください

山林・退職・分離譲渡(短期・長期)・株式譲渡・先物取引	収入金額	必要経費	特別控除
上場株式等の配当等	収入金額	必要経費	

青白の別	氏名	続柄	生年月日	給与(控除)額	個人番号
青					
白					

⑤ 総合課税と一時所得の計算書

	種目	A. 収入金額	B. 必要経費	C. 特別控除	A-B-C 所得金額(1/2前)
総合課税	短期				⑩⑤
	長期				⑩⑥
一時					⑩⑦

⑥ 雑損・医療費控除計算書 (※り災証明書、領収書等の添付が必要です。)

雑損控除	損害を受けた資産名	A 損害金額	B 補填された金額	① (A-B) - (総所得金額等の合計額) × 10%	控除額(①②のいずれか多い方)
				② 災害関連支出 - 5万円	③⑩
医療費控除	医療費控除の選択 (※セルフメディケーション税制にチェックがない場合は、通常の医療費控除のみの適用となります。)	A 支払った医療費等	B 補填された金額	C	控除額 A-B-C
	通常の医療費控除 (明細書添付)			総所得金額等の5%か10万円のいずれか低い方	
	<input type="checkbox"/> セルフメディケーション税制 (健康の保持増進及び疾病の予防への取組に関する書類とスイッチOTC医薬品購入費の明細書添付)			12,000円	

※ ⑥の雑損控除・医療費控除の計算方法については、同封の「申告の手引き」6ページをご覧ください。

⑦ 令和2年1月1日現在、西東京市以外の市区町村(海外含む)に居住していた方 居住地の住所

⑧ 代理申告者 氏名: ⑩ 続柄: 住所: 電話番号: