



令和4年度市民税・都民税申告書 (令和3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		



宛名番号	氏名		
申告書番号	電話番号	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 所得金額 ※収入がなかった方は、裏面に記載してください。遺族年金や障害年金のみの方も裏面に記載してください。

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 営業等				
事業 農業				
不動産				
利子				
配当 (総合課税分)				
給与 給与収入				
給与 専従者給与収入				
雑 公的年金等		(企業年金も含まます)		
雑 業 務				
その他				
合 計	裏面の総合課税・一時所得の欄で算出した所得金額を記入してください。			

② 所得控除 (雑損・医療費・保険料・寄附金などの控除を受ける場合は、令和3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	④損害の金額	⑤保険金等の補てん	⑥差引金額 ④-⑤	⑦(⑧うち災害関連支出)
医療費	⑧支払った金額		⑨保険金等の補てん		⑩差引金額 ⑧-⑨	控除額
裏面の明細に記入または明細を添付 医療費控除：差引金額-(総所得金額等の5%又は10万円のいずれか少ない金額) ※最高200万円 セルフメディケーション税制：差引金額-12,000円=控除額 ※最高88,000円						
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。→						
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	支払った第1種共済掛金と心身障害者扶養共済掛金の合計額					
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
	支払額	地震保険		旧長期損害保険		
配・同者・生計配偶者特別控除	氏名		続柄	生年月日	障害者である場合	該当○印
	個人番号	夫・妻	明・大・昭・平・令	年 月 日	身体愛精神認定	級度同居別居
扶養(配偶者を除く)	氏名		続柄	生年月日	障害者である場合	該当○印
	個人番号		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		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		明・大・昭・平・令	年 月 日	身体愛精神認定	級度同居別居
配偶者の合計所得		給与収入	円	年金収入	円	合計所得
		円		円		円

④ 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

<input type="checkbox"/> 勤労学生控除 (学校名)

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、特別控除対象以外
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・都民税の納税方法 (希望方法に○をしてください)
<input type="radio"/> 特別徴収(給与から差し引く)
<input type="radio"/> 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



③ 所得金額調整控除に関する事項

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

この申告書には、令和3年1月から令和3年12月までの内容を記入してください。

⑤収入のない期間があった方の記入欄

令和3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					※市内に家屋敷がある配偶者 に対しては、均等割(年税額 5,000円)が課税されます。 (地方税法294条第1項第2号)	
		<input type="checkbox"/> 調布市内で、令和4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・社宅含む) <input type="checkbox"/> その他(名義は)		<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。)				

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

賞与等

合計金額 円

勤務先	名称	
	所在地	
	代表者名 電話 ()	-

⑦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	所得の生ずる場所	収入金額 円	必要経費 円	青色申告特別控除額 円

⑧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	所得の生ずる場所	支払確定年月	収入金額 円	必要経費 円
		・		
		・		
		・		
国外株式等に係る外国所得税額				

⑨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	短期					②
	長期					②
一時				赤字のときは0		②×1/2=

特別控除額は……50万円(⑥の金額が50万円までのときは⑥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。

⑩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
<input type="checkbox"/> 他都道府県の事務所等					

⑪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 円	
		明・大・昭・平・令				
		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

⑫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 円	(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 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		
		<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			円	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。

④及び⑤を表面の「医療費」欄にも記入してください。