

年度 所得（簡易）申告書

(町県民税・国民健康保険税・介護保険料・後期高齢者医療保険料)

琴平町長 殿

年 月 日 提出

住所	〒	
氏名		様
番号	台帳番号	

住 所	
氏 名	
個人番号	
電話番号	() —

1. 令和 年中（1月1日～12月31日）についてご記入してください。 (円)

種 類	収 入 金 額	必 要 経 費	所 得 金 額	勤務先・業種
給 与				
公的年金		← 遺族・障害年金・恩給等の非課税所得は0と記入		
そ の 他				
計				

※ 収入が無かった理由に ☒ をしてください。

☐ 専業主婦 ・ ☐ 学 生 ・ ☐ 家事手伝い ・ ☐ 病 気

下記の者の扶養 又は 援助を受けていた。

住 所：

氏 名 : 続 柄 :

☐ 遺族年金・障害年金・恩給・失業保険 等（非課税所得）を受けていた。

□ その他 ()

2. 所得控除のある方は、下記該当欄にご記入ください。

社会保険料控除	種 類		支払保険料		
生命保険料控除	新生命保険料の計		旧生命保険料の計		介護医療保険料の計
	新個人年金保険料の計		旧個人年金保険料の計		
地震保険料控除	地震保険料の計		旧長期保険料の計		
寡婦・ひとり親控除	☐ 寡婦控除【・ ☐ 死別・ ☐ 離別（扶養親族あり）・ ☐ 生死不明】 ☐ ひとり親控除【・ ☐ 生計を一にする子（所得 48 万円以下）あり】				
障 害 者 控 除	氏 名		障害の程度	級	
配 偶 者 控 除	氏 名		配偶者の所得金額		
扶 養 控 除	氏 名				
16 歳未満の扶養親族	氏 名				