

# 申告受付確認票

※申告者一人につき、1枚記入してください(太枠内の記入ください)。

優先  
順位  
人

※次の①～⑩に該当する方は、長浜税務署で相談を受けてください。

- |                                      |                             |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| ①営業・農業・不動産所得の売上が1,000万円以上または青色申告をする方 | ⑥雑損控除を申告する方                 |
| ②住宅借入金等特別控除(初年分)を受ける方                | ⑦準確定申告(亡くなった人の申告)をする方       |
| ③土地、株式等の譲渡所得を申告する方                   | ⑧過年分(令和6年分以前)の申告をする方        |
| ④上場株式等の配当所得、先物取引、FX、仮想通貨等の所得を申告する方   | ⑨国外居住親族に係る扶養控除の申告をする方       |
| ⑤損失の繰越、繰越控除を申告する方                    | ⑩インボイス登録事業者の方(消費税の申告義務がある方) |

※市役所会場での申告受付はあくまで申告書作成の補助となります。申告書の内容の確認及び判断はご自身でお願いいたします。

※税務署へ申告データの電子引継ぎをするにあたり利用者識別番号が必要になります。未取得の方は、長浜税務署で手続きをお願いします。

(未取得の場合、来年以降市役所会場で申告受付ができない可能性があります。)

※市役所使用欄

利用者識別番号  
無・有

## 1. 申告する方の情報

氏名	生年月日	電話番号(来られた方)	今お持ちのものに、チェックをつけてください。	税務署からの通知
大昭平令	・	— —	<input type="checkbox"/> 本人確認書類(運転免許証、パスポート、在留カードなど) <input type="checkbox"/> 口座番号の分かるもの <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(個人番号カード)、通知カード <input type="checkbox"/> 利用者識別番号が分かる書類	無・有 予定納税 無・有

※入場者確認欄

氏名

## 2. 所得について

※所得が「有」の場合、確認事項を記入ください。(「はい」でないと受付できません。)

所得の種類	内 容	有無・枚数	確認事項				市使用欄
給与所得	給料、俸給、賃金、賞与 など	無 有 源泉徴収票( )枚	⇒給与収入金額が850万円を超える方のみ、下記に該当する場合は、チェックをしてください。 (給与所得調整控除の適用判定に必要となります。)	<input type="checkbox"/> 本人特別障害	<input type="checkbox"/> 23歳未満(平成15年1月2日以降生まれ)の扶養親族がいる	<input type="checkbox"/> 特別障害者である同一生計配偶者又は扶養親族がいる	<input type="checkbox"/>
公的年金所得	国民年金、厚生年金、恩給、確定給付企業年金 など	無 有 源泉徴収票( )枚	←お持ちの源泉徴収票の枚数を記入してください。				
雑所得(業務)	シルバーハンセンセンターの分配金、原稿料、講演料又はネットオークションなどを利用した個人取引 など	無 有	⇒収入の資料はお持ちですか	いいえ	・	はい	源泉徴収税有 <input type="checkbox"/>
雑所得(その他)	生命保険の年金(個人年金保険)、互助年金 など	無 有	⇒収入の資料はお持ちですか	いいえ	・	はい	源泉徴収税有 <input type="checkbox"/>
一時所得	生命保険の満期受取金等の収入 など	無 有	⇒収入の資料はお持ちですか	いいえ	・	はい	<input type="checkbox"/>
営業所得 農業所得	営業、農業から生じる収入	無 有	⇒インボイス登録事業者、収入(売上)が1,000万円以上の方、または青色申告の方は、長浜税務署で相談を受けてください ⇒収支内訳書ができていますか	いいえ	・	はい	<input type="checkbox"/>
不動産所得	土地、建物等の貸付から生じる収入	無 有	⇒インボイス登録事業者、青色申告の方は、長浜税務署で相談を受けてください ⇒収支内訳書ができていますか	いいえ	・	はい	<input type="checkbox"/>
配当所得	法人等から受ける配当の収入 など	無 有	⇒上場株式等の配当を申告する方は、長浜税務署で相談を受けてください ⇒配当計算書はお持ちですか	いいえ	・	はい	<input type="checkbox"/>
譲渡所得	土地や建物、株式等の売却による収入 など	無 有	⇒譲渡先が国・地方公共団体以外の方は、長浜税務署で相談を受けてください ⇒収用証明、買取証明、申出証明はお持ちですか	いいえ	・	はい	<input type="checkbox"/>

※ 退職所得のある方が確定申告書を提出する場合は、退職所得を含めて申告する必要があります。

⇒裏面も記入してください。

(ボールペンは最後に記名いただくまで、持ち回りください。)

市確認欄 受付・ブース・e-Tax・市申 提出(確・市・自)・税務署案内・申告不要

家内  
受付

家内  
受付

家内  
受付

### 3. 控除について

※控除が「有」の場合、確認事項が「はい」でないと受付できません。

控除の種類	内 容	控除の有無		確認事項			市使用欄
		無	有	⇒払込証明書はお持ちですか (国民年金は、証明書の添付要)	いいえ	・ ( はい 枚)	
社会保険料控除	国民健康保険料、介護保険料、後期高齢者医療保険料 労働保険料、任意継続保険料、国民年金等の支払いがある方	無	有	⇒払込証明書はお持ちですか (国民年金は、証明書の添付要)	いいえ	・ ( はい 枚)	源泉徴収票記載分のみ <input type="checkbox"/>
小規模企業共済等掛金控除	小規模企業共済掛金、個人型確定拠出年金(iDeCo)等の支払いがある方	無	有	⇒払込証明書はお持ちですか	いいえ	・ ( はい 枚)	源泉徴収票記載分のみ <input type="checkbox"/>
生命保険料控除	生命保険料(一般生命保険、個人年金保険、介護医療保険)の支払いがある方	無	有	⇒払込証明書はお持ちですか	いいえ	・ ( はい 枚)	源泉徴収票記載分のみ <input type="checkbox"/>
地震保険料控除	地震保険料、旧長期損害保険料の支払いがある方	無	有	⇒払込証明書はお持ちですか	いいえ	・ ( はい 枚)	源泉徴収票記載分のみ <input type="checkbox"/>
医療費控除	<u>一定額以上</u> (10万円または所得の5%以上)の医療費の支払いがある方	無	有	⇒明細書の記載は済んでいますか ※医療費控除の特例を申告する場合は、セルフメディケーション税制の明細書と予防接種の領収書や健康診断の結果通知表等が必要です。	いいえ	・ はい	<input type="checkbox"/>
寄附金控除	国、地方公共団体や認定NPO法人、日赤、募金会等に寄附された方 ※ふるさと納税は、ワンストップ申請をされていても確定申告をされる場合は、申告が必要です。	無	有	⇒証明書はお持ちですか	いいえ	・ ( はい 枚)	<input type="checkbox"/>
雑損控除	災害、盗難、横領によって、資産について損害を受けた方	無	有	⇒長浜税務署で相談を受けてください			
住宅借入金等特別控除	住宅借入金等特別控除(初年分)の申告をする方	無	有	⇒長浜税務署で相談を受けてください			

4. ご自身に関する控除について(配偶者または、扶養している親族の情報は、下記5・6に記入してください。)

障害者控除	障害者手帳を保有している方(令和7年12月31日時点) (身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、戦傷病者手帳等)	無	有	⇒ご自身の障害の程度を記載ください	身体 精神 療育 級
				⇒手帳または証明書はお持ちですか	
ひとり親控除・寡婦控除	【ひとり親控除】※次の①、②のいずれにも該当する方 ①合計所得金額が500万円以下 ②現に婚姻をしていない方又は配偶者が生死不明などの方で、総所得金額が58万円以下の生計を一にする子がいる場合など、一定の条件を満たしている方	無	有		
	【寡婦控除】※上記の「ひとり親」に当たらない方で、次の①、②のいずれにも該当する方 ①合計所得金額が500万円以下 ②次のいずれかに該当すること ・夫と離婚した後に婚姻をしておらず、扶養親族がいる方 ・夫と死別した後に婚姻をしていない方または、夫が生死不明などの方(扶養親族の要件なし。)		無	⇒該当する事由を記載ください	離別 ・ 死別等

5. 配偶者について(配偶者がいる場合は、扶養の有無に関わらず、配偶者の氏名、生年月日等を記載ください。また、障害者控除が適用できる場合は、その程度について記載ください。)

配偶者氏名	生年月日	収入の有無	配偶者控除を申告する	令和7年12月31日時点における居住実態	障害の程度
大昭平令	昭和 年月日	無 · 有	いいえ · はい	同居 · 別居 (住所: )	身体 · 精神 · 療育 級

**6. 扶養親族について**(扶養している親族がいる場合は、その方の氏名、生年月日等を記載ください。障害者控除が適用できる場合は、その程度について記載ください。)

扶養している親族の氏名	生年月日	続柄	収入の有無	令和7年12月31日時点における居住実態	障害の程度	
	大昭平令		無・有	同居・別居(住所:)	身体・精神・療育	級
	大昭平令		無・有	同居・別居(住所:)	身体・精神・療育	級
	大昭平令		無・有	同居・別居(住所:)	身体・精神・療育	級

※給与収入金額が850万円を超える場合は、次のいずれかに当てはまれば、給与所得調整控除が適用されます。(表の給与所得欄にチェックしてください。)

1. 本人が特別障害者
  2. 年齢23歳未満(平成15.1.2以降生)の扶養親族を有する
  3. 特別障害者である同一生計配偶者若しくは扶養親族を有す