

令和8年度

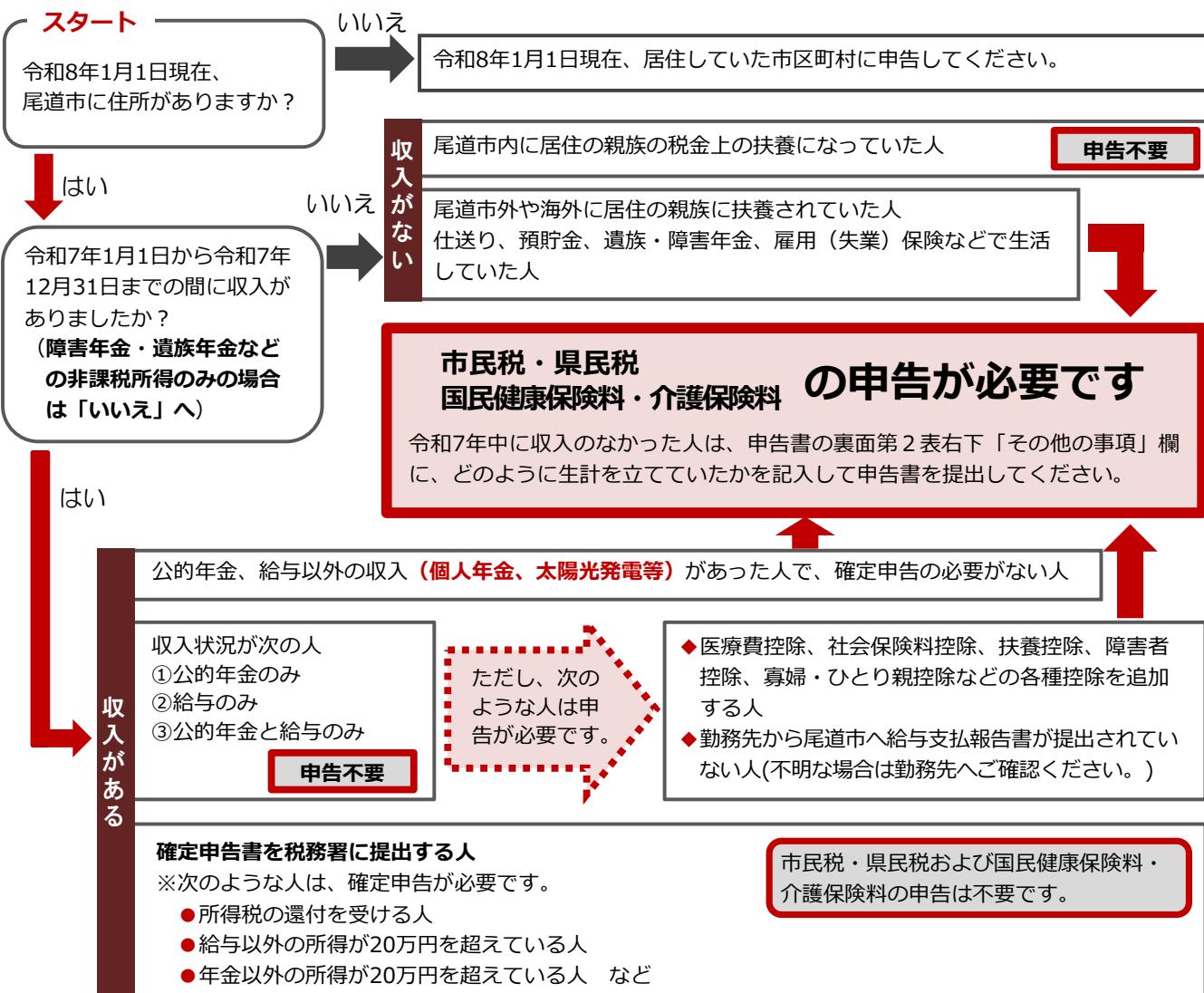
市民税
県民税

国民健康保険料
介護保険料

申告の手引き

申告期限は令和8年3月16日（月）です。

●申告が必要かどうかの目安にしてください。



申告に必要なもの	◇申告書	郵送の場合の注意点
	◇所得や控除等の証明書類（原本）	◇申告書…申告書の控えに内容を転記し、切り離してから郵送してください。
	源泉徴収票、生命保険等の控除証明書、社会保険料等の支払いがわかるもの、障害者手帳など	◇所得や控除等の証明書類、本人確認書類…写し（コピー）を添付してください。
	◇本人確認書類（5ページ参照）	※マイナンバーカードは両面コピーしてください。 ※郵送した資料の返送を希望される場合は、切手を貼った返信用封筒を同封してください。
	◇収支内訳書…営業・農業・不動産所得のある人 ◇医療費控除の明細書…医療費控除のある人	ご自分で計算いただき、領収書等は大切に保管してください。

郵送先・問合せ先	
尾道市役所 市民税課 〒722-8501 尾道市久保一丁目15番1号 市民税係 ☎0848-38-9154 保険料係 ☎0848-38-9145	因島総合支所 市民税課 〒722-2392 尾道市因島土生町7番地4 因島瀬戸田市民税係 ☎0845-26-6227

収入・所得の記入例【裏面／申告書第2表】

6 紙与所得の内訳

① 事業所種別	小売業	
勤務先所在地	尾道市●●町1-2	
勤務先名	▲▲商店	
事業所番号		
収入合計額	1,908,500	円
② 事業所種別		
勤務先所在地		
勤務先名		
事業所番号		
収入合計額		円
③ 事業所種別		
勤務先所在地		
勤務先名		
事業所番号		
収入合計額		円
④ 事業所種別		
勤務先所在地		
勤務先名		
事業所番号		
収入合計額		円

7 事業・不動産所得に関する事項

事業・不動産所得のある人
こちらの記入と合わせて、**収支内訳書も作成してください。**

8 配当所得に関する事項

9 雜所得(公的年金等以外)に関する事項

種目	収入金額	必要経費
▲▲生命 個人年金	180,000 円	120,000 円

10 総合譲渡・一時所得の所得金額に関する事

		収入金額	イ、ロ、ハの金額をそれぞれ第1表の「コ」「サ」「シ」に、二の金額を「⑪」に記入				別控除額	所得金額 (差引金額-特別控除額)
総合譲渡	短期	円					円	イ
	長期							ロ
一時	1,700,000	1,000,000	700,000	500,000	ハ	200,000	二	100,000

右上のイの金額を第1表のコに、ロの金額を第1表のサに、ハの金額を第1表のシに記入してください。
右上のイの金額を第1表のコに記入して下さい。
右上のロの金額を第1表のサに記入して下さい。
右上のハの金額を第1表のシに記入して下さい。

右上のイの金額を第1表のコに、ロの金額を第1表のサに、ハの金額を第1表のシに記入してください。

右のニの金額を第1表の⑪の所得金額欄へ記入してください。

保険の満期などの一時所得がある人

イ、ロ、ハの金額をそれぞれ第1表の
「コ」「サ」「シ」に、二の金額を
〔⑪〕に記入

11 事業専従者に関する事項

11 扶養子供等に関する事項			13 扶養親族に関する事項		
1	フリガナ 氏名 個人番号	続柄	生年 月日	明・大 昭・平	専従者給与 (控除)額
			従事 月数		
2	フリガナ 氏名 個人番号	続柄	生年 月日	明・大 昭・平	専従者給与 (控除)額
所得税における青色申告の承認			別居の扶養親族等がいる人 扶養親族と同居していない場合は、 こちらに住所・氏名・マイナンバー を記入		
			非課税所得など 損益通算の特例適用前の不動産所得 事業用資産の譲渡損失など 損失額、被災損失額(白)		
			所得金額 円 円 資産の種類 円 損失額、被災損失額(白) 円 開業 前年中の 開業 開始・廃止 月 日 他都道府県の事務所等		

別居の扶養親族等がいる人

扶養親族と同居していない場合は、
こちらに住所・氏名・マイナンバー
を記入

12 別居の扶養親族等に関する事項

1	フリガナ	オノミチ	ショウジ	個人番号	4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	国外居住	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払
	氏名	尾道	昭仁	住所	東京都●●区▲▲1-1-1		
2	フリガナ			個人番号		国外居住	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払
	氏名						
3	フリガナ			個人番号		国外居住	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払
	氏名						

実効全税額控除について

寄附金税額控除について
前年中に、都道府県・市区町村、住所地の共同募金会・日本赤十字社支部、その他条例で指定している団体に対し、ご自身が寄附した場合に控除の対象となります。

14 寄附金に関する事項

都道府県、市区町村分 (特例控除対象)	<input type="checkbox"/>	農業 分離肉牛 円 免税所得 円		
住所地の共同募金会、日赤支部分、都道府県、 市区町村分(特例控除対象以外)	<input type="checkbox"/>	(備考) ※該当する□にチェックし、必要事項をご記入ください。		
条例指定分	<input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 市区町村	<input type="checkbox"/> 預貯金により生活	<input type="checkbox"/>	の扶養
		<input type="checkbox"/> 障害年金	円	<input type="checkbox"/> 遺族年金 円
		<input type="checkbox"/> その他(内容をご記入ください)		

支出した寄附金に応じて、各欄にそれぞれ寄附した金額を記入してください。

15 所得金額調整控除に関する事項

フリガナ	姓	名	性別	年齢	誕生日	明・大昭・平令	年月日	特別障該当す
氏名		続柄		生年 月日			年 月 日	
個人番号								

収入のなかつた人、非課税所得のみの人

非課税所得がある場合は「その内訳」を、前年中収入がなかった場合は「どのように生計を立てていたか」を記入してください。

委任状

(代理人) 住所 _____

氏名 _____

私は、上記の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。

記

市・県民税申告書及び確定申告書の提出における個人番号の提供に関する権限

令和 年 月 日

(委任者) 住所 _____

氏名 _____

※署名又は記名押印してください。

連絡先電話番号 _____

※お電話で確認させていただく場合がございますので、日中に連絡のとれる電話番号をご記入ください。

申告書にはマイナンバー（個人番号）の記載が必要です

市民税・県民税申告書には、マイナンバーの記載が必要です。マイナンバーを記載した申告書の提出の際は、本人確認（番号確認と身元確認）をさせていただきます。

●本人確認書類

【マイナンバーカードをお持ちの人】マイナンバーカードのみで本人確認が可能です。

【マイナンバーカードをお持ちでない人】以下をご確認ください。



番号確認

いずれか一つ

- 通知カード
- マイナンバーが記載された住民票の写し



身元確認（ア又はイ）

ア

一つで確認できるもの

- 運転免許証
- パスポート
- 障害者手帳
- 年金手帳
- 顔写真付き学生証
- 公的医療保険の被保険者証など

イ

二つ必要とするもの

- 顔写真のない学生証・社員証・資格証明書等
- 母子健康手帳
- 納税通知書
- 源泉徴収票 など

※代理人が申告をする場合は、申告者本人の番号確認および代理人の身元確認ができるもの、代理権の確認ができるもの（委任状等）をお持ちください。

※郵送の場合は写しを添付してください。

令和7年分 医療費控除の明細書

氏名

1 医療費通知に関する事項

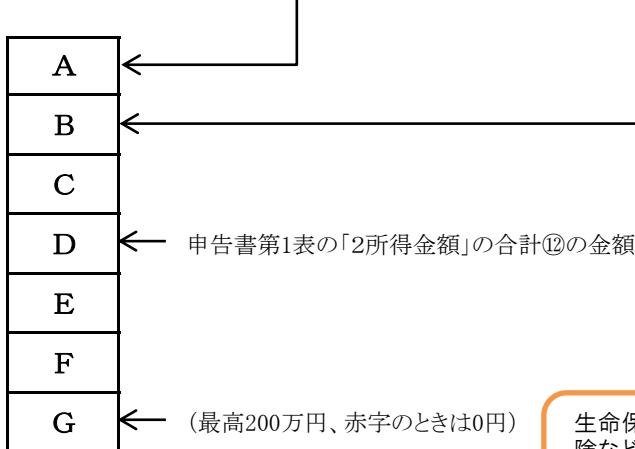
医療費通知を添付し、下記2の明細への記入に代える場合、右記の必要事項を記入します。

医療費通知に記載された医療費の額	左の内その年中に支払った医療費の額	左のうち生命保険や社会保険などで補てんされる金額
円 ア	円 イ	円

2 医療費(上記1以外)の明細

3 控除額の計算

支払った医療費	(合計)	円
保険金などで 補てんされる金額		
差引金額 (A-B)	(赤字のときは0円)	
所得金額の合計額		
D × 0.05	(赤字のときは0円)	
Eと10万円のいづれか 少ない方の金額		
医療費控除額 (C-F)		



支払先ごとの 合計額

生命保険や健康保険などで補てんされた金額(高額療養費など)

【記載例】

医療を受けた人	病院・薬局など 支払先の名稱	医療費の区分	支払った 医療費の額	左のうち生命保険や社会保険 などで補てられる金額
尾道 太郎	尾道●●病院	<input checked="" 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	135,000	20,000
〃	JR、▲▲バス	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input checked="" 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	2,300	

*セルフメディケーション税制の明細書については、お問い合わせください。

