

令和7年度（令和6年分）町民税・県民税申告の手引

令和7年1月
函南町

この申告書は、前年度に町民税・県民税の申告書を提出された人に発送しています。

町民税・県民税は前年の所得に対して課税されますので、令和6年中（1月～12月）の所得と控除について記入し、提出してください。

申告書の提出期限は、3月17日(月)です。

【申告書を提出しなければならない人】

令和7年1月1日現在、函南町に住所がある人（ただし、次の1～3に該当する人は提出不要です）

1. 所得税の確定申告をする
2. 給与所得のみの人で、勤務先から函南町に給与支払報告書が提出されている
3. 所得が公的年金のみ

※2、3に該当する人で、源泉徴収票に記載のない控除（医療費、生命保険料、扶養等）を受けたい場合は申告が必要です。

※町民税・県民税の申告は、国民健康保険税・介護保険料などの算定資料となるほか、課税（非課税）証明書の発行に必要な資料となります。令和6年中に収入がない場合（遺族年金・障害年金・失業手当など非課税収入のみの場合も含む）やどなたかの扶養になっている場合でも提出してください。

【添付書類】

1. 所得がわかる書類

☐ 給与所得の源泉徴収票、公的年金の源泉徴収票、収入や経費がわかる書類 など

2. 所得控除の適用を受けるために必要な書類

- ☐ 社会保険料控除の証明書・領収書
- ☐ 生命保険料、地震保険料などの控除証明書
- ☐ 医療費控除の明細書（領収書はご自身で集計し、明細書を作成してください）
- ☐ 障害者控除を受ける場合は、障害者手帳の写しなど
- ☐ 配偶者特別控除を受ける場合は、配偶者の所得がわかるもの

3. 本人確認・マイナンバー確認書類

- ☐ マイナンバーカード（ない場合はマイナンバーの記載された住民票など）
- ☐ 運転免許証、パスポートなど

【申告書を郵送する場合】

記入した申告書と添付書類の写し（控除証明書については原本）を下記に郵送してください。

【提出先・問合せ先】

〒419-0192 静岡県田方郡函南町平井717番地の13
函南町役場 税務課 町民税係 電話番号 055（979）8109

【裏面】

12 給与所得（源泉徴収票のない人）

給与所得者で源泉徴収票がない人は、給与支払証明書を添付するか、明細を記入。

13 事業所得

14 不動産所得

帳簿や領収書から計算した金額を項目ごとに記入。

15 事業専従者控除

16 扶養者または専従者のうち別居している人の住所等

該当する人がある場合は記入。

17 寄附金に関する事

ふるさと納税などの寄附をした人は、該当する欄に金額を記入。
※証明書を必ず添付してください。

18 所得金額調整控除に関する事項

給与等の収入金額が850万円を超える人で、次のいずれかに該当する場合は、氏名等の必要事項を記入。

1. 本人が特別障害者
2. 23歳未満の扶養親族がいる
3. 同一生計配偶者が特別障害者
4. 扶養親族が特別障害者

19 令和6年中に収入がなかった人

令和6年中に収入がなかった人は、該当する番号を○で囲み、必要事項を記入。

3月17日の申告期限までに提出をお願いします。申告期限までに提出されない場合は、

- 年度当初に正しい課税がされず、年度途中からの課税となるため、一度にお支払いいただく町民税・県民税の金額が大きくなります。
- 国民健康保険・介護保険・後期高齢者医療保険の保険料（税）の算定、各種手当の受給などが正しくされません。

（参考）町民税・県民税が課税されない人

- ・生活保護法の規定による生活扶助を受けている人
- ・障害者、未成年者、寡婦またはひとり親で前年の合計所得金額が135万円以下
- ・令和6年中の合計所得金額が38万円以下（扶養親族がいない場合）

◎給与所得（源泉徴収票のない人）12										◎事業所得13										◎不動産所得14													
月別		日		給与		勤務日数		収入金額		社会保険料		職業または屋号										貸家・貸地（該当に○）											
1				円		日				円		円		年 月 日～ 年 月 日										年 月 日～ 年 月 日									
2												売上金額										円											
3												雑収入																					
4												収入金額										円											
5												㊦ 計										㊦ 計											
6												仕入金額										円											
7												水道光熱費										円											
8												必修繕費										円											
9												消耗品費										円											
10												損害保険料										円											
11												地代・家賃										円											
12												費										円											
賞与等												㊧ 計										㊧ 計											
合計												㊨専従者控除額										㊨専従者控除額											
勤務先名												所得金額㊦-㊧-㊨										所得金額㊦-㊧-㊨											
勤務先所在地																																	
◎事業専従者控除額15																																	
専従者の氏名フリガナ										個人番号										続柄													
																				生年月日													
																				大・昭平年 月 日生													
																				大・昭平年 月 日生													
◎扶養者または専従者のうち別居している人の住所等16																																	
氏フリガナ名										個人番号										住所													
																				備考（学生又は施設・病院等に入っている場合）													
																				学校名または施設・病院名													
																				学校名または施設・病院名													
◎寄附金に関する事項17																																	
都道府県、市町村分										円										「都道府県、市町村分」「日本赤十字社静岡県支部、静岡県共同募金会」の各欄には該当団体へ寄附した金額を、「条例指定分」の「函南町」「静岡県」の各欄には函南町、静岡県の条例で指定された寄附金を支出した場合に金額、寄附先をそれぞれ記入してください。													
日本赤十字社静岡県支部静岡県共同募金会										円										寄附先													
条例指定分										円										寄附先													
函南町										円										寄附先													
静岡県										円										寄附先													
◎所得金額調整控除に関する事項18																																	
氏フリガナ名										個人番号										続柄													
																				生年月日													
																				大・昭平・令年 月 日生													
別居の場合の住所																				特別障害者に該当する場合													
																				身体1・2級、療育A精神1級、介護認定特													
◎令和6年中に収入のなかった人は記入してください。19																																	
1		病気療養中																		年 月～ 年 月													
2		預貯金などで生活していた。																															
3		遺族年金・障害年金・福祉年金で生活していた。																		年額 円													
4		雇用保険（失業保険）で生活していた。																		年 月～ 年 月													
5		学 生																		学校名													
6		次の者に扶養・仕送り（援助）されていた。																															
7		住 所																		氏名 続柄（ ）													
8		生活保護法の規定による生活扶助を受けていた。																		年 月～ 年 月													
9		1～7のいずれにも該当しない人は、この欄に生活状況を記入してください。																															

【表面】

令和7年度（令和6年分） 町民税・県民税申告書

（1月1日から12月31日までの内容について申告してください）

身分確認	
番号確認	

函南町長あて 受 付 印 月 日提出	現 住 所	函南町平井717-13 コーポ函南101号											
	1月1日現在の住 所	函南町平井717-13 コーポ函南101号											
	フリガナ	カンナミ タロウ											
	氏 名	函 南 太 郎											
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	生 年 月 日	大（昭）平 5 3 年 4 月 10 日			電 話 番 号 0 5 5 （ 9 7 9 ） 8 1 0 9								

太枠内のみ記入してください。

提出期限は3月17日です。

種別		資料番号				
個人コード						
特徴	普徴	併徴	指定番号		宛名番号	
異動事由	異動理由		変更月・期（年度）			

②	種 目	支 払 者	収入金額										（所得金額）			
	給 一 般	(株) 田 方 商 事	1 4 0 0 0 0 0													
	与 専 従 者															
所	雑（公的年金）															

③	種 目	収入金額 A	必要経費 B	専従者控除額 C	所得金額 A-B-C			
	営 業 等	3, 8 6 0, 0 0 0 円	1, 8 2 3, 0 0 0 円	5 0 0, 0 0 0 円	1 5 3 7 0 0 0			
	農 業							
	不 動 産	7 5 0, 0 0 0	1 5 0, 0 0 0		6 0 0 0 0 0			
	配 当 ・ 利 子							
	業 務 雑 そ の 他							
金 額	総合短期・長期、一時			特別控除				
	合 計	給与から総合短期・長期、一時までの合計						

④	分離短期・長期、山林		差引所得額	特別控除			
---	------------	--	-------	------	--	--	--

⑤	雑 損	損害の原因	損害年月日	資産の種類	損害金額 A	保険金等 B	差引損失額 A-B
					円	円	円

⑥	所 医 療 費 セルフメディケーション税制に「1」	区分	医療を受けた人	続柄	支払医療費 A	保険金等 B	差引負担額 A-B
			函南 一 郎 父		2 1 0.0 0 0 円	3 0.0 0 0 円	1 8 0.0 0 0 円

⑦	得 社 会 保 険 料 小 規 模 企 業 共 済 等 掛 金	国民健康保険		介 護 保 険	後期高齢者医療保険	国 民 年 金	そ の 他
		1 0 5.0 0 0 円		円	円	1 4 8.6 8 0 円	2 4 0.0 0 0 円

⑧	控	種 類	支 払 保 険 料	種 類	支 払 保 険 料	種 類	支 払 保 険 料
		新生命保険料	3 8,0 0 0 円	介護医療保険料	4 0,0 0 0 円	新個人年金保険料	円
		旧生命保険料	5 6,5 0 0 円			旧個人年金保険料	8 0,0 0 0 円
		種 類	支 払 保 険 料		種 類	支 払 保 険 料	
		地震保険	2 4,0 0 0 円		旧長期損害保険	円	

⑨	除 本 人 控 除 該 当 項 目 を ○ 囲 み す。	障害者〔身体 級 ・ 精神 級 ・ 療育（A・B） ・ 介護認定（普・特）〕									
		寡婦（死別 ・ 離婚 ・ 生死不明 ・ 未帰還） ひとり親									
		勤労学生 学校名（ ）									

⑩	配偶者・同居の親族の所得控除	フリガナ	続柄	生 年 月 日	状 況	障 害 者	配偶者の合計所得金額			
		カン ナミ ハナ コ 函 南 花 子	夫（妻）大（昭）平 55. 3. 10	同居・別居	身体 精神	級、療育 A・B 級、認定 特・普				
		個 人 番 号	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3	☐ 同一生計配偶者（控除対象配偶者を除く）						

⑪	扶 養 親 族	フリガナ	続 柄	生 年 月 日			状 況	障 害 者		16歳未満	
		カン ナミ イチ ロウ 函 南 一 郎	父	大（昭）平・令 20. 3. 10			同居・別居	身体 精神	2 級、療育 A・B 級、認定 特・普	○	
		個 人 番 号	3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4								
		カン ナミ マサ オ 函 南 正 夫	子	大・昭・平・令 15. 2. 10			同居・別居	身体 精神	級、療育 A・B 級、認定 特・普	○	
		個 人 番 号	4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5								
		カン ナミ ハナ ヨ 函 南 花 代	子	大・昭・平・令 22. 5. 10			同居・別居	身体 精神	級、療育 A・B 級、認定 特・普	○	
		個 人 番 号	5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6								
				大・昭・平・令			同居・別居	身体 精神	級、療育 A・B 級、認定 特・普	○	
		個 人 番 号									

◎ 給与・公的年金等に係る所得以外の町民税・県民税の納税方法

☐ 給与から差引き（特別徴収） ☐ 自分で納付（普通徴収）

	入力
--	----

【裏面】も確認してください。

①住所、氏名、個人番号等

住所、氏名、個人番号、生年月日、電話番号を記入。

②給与・公的年金収入

源泉徴収票から、給与・公的年金それぞれの合計を算出して、「収入金額」を記入。

※給与の源泉徴収票がない人は、裏面⑫欄に収入の明細を記入。

※障害年金・遺族年金は含まれません。

③上記以外の所得

「収入金額A」、「必要経費B」「専従者控除額C」を記入し、「所得金額」を算出する。

事業所得や不動産所得は、裏面⑬、⑭欄に収支の明細等を記入。

専従者は、裏面⑮欄に記入。

※個人年金は、雑所得として申告が必要です。

④分離課税にかかる所得

株式や不動産の譲渡所得、上場株式の配当所得など、分離課税にかかる所得や、山林所得を記入。

⑤雑損

生活に必要な資産が災害や盗難などにより損失を受けた場合は、控除対象。

⑥医療費

1月から12月までに支払った医療費の合計を「支払医療費A」に記入。生命保険や高額療養費などの補てんがある場合は、「保険金等B」に必ず記入。

セルフメディケーション税制を利用する場合は、「区分」に「1」を記入。

※「医療費控除の明細書」等の提出が必要となります。用紙は、函南町ホームページに掲載しています。

※従来の医療費控除とセルフメディケーション税制を同時に利用することはできません。

⑦社会保険料・小規模企業共済等掛金

1月から12月までに支払った会社の健康保険や国民健康保険、介護保険、後期高齢者医療保険の保険料（税）や国民年金保険料、小規模企業共済等掛金の金額を記入。

※申告者が生計を一にする家族の分も支払っている場合は、その分も申告できます。（年金から天引きされているものを除く。）

⑧生命保険料・地震保険料

保険会社から発行された控除証明書に基づいて記入。

※控除証明書は必ず提出してください。

⑨本人控除

○障害者

障害者手帳や要介護認定などを受けている人

（申告の際に手帳等を提示してください。）

○寡婦

・配偶者と死別または配偶者の生死が明らかでない人で、年中の所得金額が500万円以下の女性

・配偶者と離婚し、その後再婚しておらず、年中の所得金額が500万円以下で、子以外の扶養親族がいる女性

○ひとり親

配偶者と死別・離婚または未婚の人で、年中の所得金額が500万円以下、かつ総所得金額等が48万円以下の生計を一にする子がいる人

○勤労学生

勤労に基づく給与所得等があり、かつ合計所得金額が75万円以下で、給与所得等以外の所得金額が10万円以下の学生

⑩配偶者について

次に該当する配偶者がいる人は、配偶者の氏名、所得金額等の必要事項を記入。配偶者が障害者の場合は、「障害者」欄も記入。（申告の際に手帳等を提示してください。）

○配偶者控除

合計所得金額が48万円以下の生計を一にする配偶者

○配偶者特別控除

合計所得金額が48万円を超え、かつ133万円以下の配偶者

○同一生計配偶者（□に「レ」を記入。）

申告者本人の合計所得金額が1,000万円を超えていて、合計所得金額が48万円以下の配偶者（配偶者控除の適用はありませんが、配偶者が障害者の場合、障害者控除の適用が受けられます。）

⑪扶養親族について

合計所得金額が48万円以下の生計を一にする扶養親族（配偶者は除く）がいる人は、氏名等を記入。障害者控除がある場合は、「障害者」欄も記入。（申告の際に手帳等を提示してください。）

扶養親族が16歳未満（平成21年1月2日以後生まれ）の場合は、「16歳未満」欄に○印をつける。

注意！

⑨、⑩、⑪については、障害の有無や、同居・別居、生年月日によって控除額が変わるため、記入漏れや記入誤りがないようご注意ください。