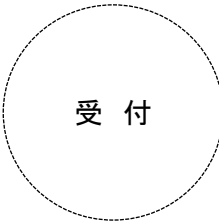


令和8年度 市民税・県民税 申告書（課税となる収入がなかったかた用）

(あて先)
十和田市長



| | | | | | |
|---------------------|-----------|--|-------------|------------------|--|
| 令和8年 1月1日 の住所 | 十和田市 | | 提出 年月日 | 令和 年 月 日 | |
| 現住所 | 同上 | | 電話 番号 | 自宅・勤務先・携帯 — — | |
| フリガナ | | | フリガナ | 申告者から 見た続柄 | |
| 氏名 | 大昭令 年 月 日 | | 代理人 氏名 | | |
| 個人番号 | 性別 男・女 | | 代理人 電話番号 | 自宅・勤務先・携帯 — — | |

①収入金額 令和7年中の生活状況(太線内)について、記入及び該当する項目の前の□に✓を入れてください。
私は、令和7年中に課税となる収入がなかったことを申告します。なお、生活状況については下記のとおりでした。

| | | | | |
|---|--|------------|----|-------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 下記の者に扶養されていた | 住所 | 申告者と 同じ | 氏名 | 申告者から見た 扶養主の続柄 |
| <input type="checkbox"/> 2. 非課税の年金や恩給、雇用保険などで生活していた | 種類 | 年額 円 | | |
| | <input type="checkbox"/> 障害年金・ <input type="checkbox"/> 遺族年金・ <input type="checkbox"/> 福祉年金・ <input type="checkbox"/> 遺族恩給 <input type="checkbox"/> 雇用保険(失業給付)・ <input type="checkbox"/> 児童扶養手当 | | | |
| <input type="checkbox"/> 3. 生活保護法により、生活扶助を受けていた | 年 月 日 ~ 年 月 日 まで | | | |
| <input type="checkbox"/> 4. その他(生活費の入手先を記入してください) | □預貯金で生活・□病気療養中・□家族などの援助・□学生・□借入金で生活 □他() | | | |

②該当する項目があれば下記に記入及び該当する項目の前の□に✓を入れてください。

| | | | | | | |
|------|--|--|-----------|-----------|--|--|
| 本人控除 | <input type="checkbox"/> 寡婦 | 次の①、②のいずれかに該当の場合 ①夫と離婚した後婚姻をしていないかたで、扶養親族(総所得金額等が58万円以下)を有するかた。 ②夫と死別後婚姻をしていないかた、もしくは夫の生死が不明なかた。 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ひとり親 | 現に婚姻をしていないかた又は配偶者の生死が不明なかたで、生計を一にする子(総所得金額等が58万円以下)を有するかた。 | | | | |
| | 【寡婦控除・ひとり親控除 共通要件】 ①本人の合計所得金額が500万円以下のかた。 ②事実上婚姻関係と同様の事情にあると認められる人(本人又は同一世帯に属する人の続柄が未届の夫又は未届の妻)がいないかた。 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 障害 | <input type="checkbox"/> 身体・ <input type="checkbox"/> 精神・ <input type="checkbox"/> 愛護・ <input type="checkbox"/> 介護認定 () 級 | | | | |
| 扶養親族 | 氏名 | | 申告者から見た続柄 | 生年月日 | 状況 | 障害 |
| | | | | 大昭令 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 愛護 <input type="checkbox"/> 介護認定 級 |
| | 個人番号 | | | | | |
| | | | | 大昭令 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 愛護 <input type="checkbox"/> 介護認定 級 |
| | 個人番号 | | | | | |
| | | | | 大昭令 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 愛護 <input type="checkbox"/> 介護認定 級 |
| 個人番号 | | | | | | |

【問い合わせ先】
十和田市役所 税務課市民税係
〒034-8615
青森県十和田市西十二番町6番1号
TEL(直通) 0176-51-6767・6766

| | | | | |
|------------|--|--|-------------------------------|--------|
| 税務課 整理欄 | 提出方法 | 本人確認 | 支援システム | 基幹システム |
| | <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 持参 | <input type="checkbox"/> 番号確認 <input type="checkbox"/> 本人確認 | マイナンバーカード 免許証・年金テ・障害テ・他() | |