



# 令和 8 年度 特別区民税・都民税申告書

※令和7年中の所得などを記入してください。(この申告書では所得税の還付は受けられません。)  
所得のなかった方は、裏面の「(1)所得のなかった方の記入欄」に記入してください。

(宛先)大田区長  
年 月 日提出

令和 8 年  
1月1日現在  
の 住 所  
現在の住所

電話番号(自宅・勤務先・携帯) 職業

(フリガナ)  
氏 名

生年月日  
大・昭  
平・令

年 月 日

個人番号(マイナンバー)

1. 所得金額	⑦ 給 与 (源泉徴収票添付)	源泉徴収票のない場合は裏面(2)に、給与明細を記入し、合計を右⑧に記入してください。				⑧ 年間の収入金額 給与収入	
	① 雑	公的年金等 (源泉徴収票添付)	遺族年金・障害年金等は裏面(1)の③に記入してください。				⑨ 年金収入
		業 務	種 目	④ 収入金額	⑤ 必要経費	⑥ 青色申告控除額	
		そ の 他					
	② 事業	営 業 等					
	③ 不 動 産						
	④ 配 当	収入金額の内訳を裏面(4)に記入してください。					
	⑤ 一 時 所 得						

上記以外の所得がある場合、雑損控除・寄附金税額控除がある場合は、裏面の該当欄に記入してください。

2. 所得控除 (所得から差し引かれる金額)	⑧ 配偶者控除・配偶者特別控除・同一生計配偶者	氏 名 フリガナ	続柄 妻・夫	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日	障害者控除 級(度)	居住形態(別居の場合のみ住所を記入してください。)	同居・別居(住所)
	配偶者に所得があった方は、下の該当欄に金額を記入してください。						
	給与収入		年金収入		その他の所得		
	⑨ 扶養親族等 ※配偶者を除く	氏 名 フリガナ	続柄	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日	障害者控除 級(度)	居住形態(別居の場合のみ住所を記入してください。)	⑩ 区分
	・16歳未満の場合、年少に○印	フリガナ		大・昭・平・令 年 月 日	年少	個人番号	
		・国外居住の場合、親族関係書類と送金関係書類を添付。 さらにその親族が30歳以上70歳未満の場合、留学生、障害者又は38万円以上の送金等を受けている方であることが確認できる書類を添付	フリガナ		大・昭・平・令 年 月 日	年少	個人番号
	フリガナ		大・昭・平・令 年 月 日	年少	個人番号		
	フリガナ		大・昭・平・令 年 月 日	年少	個人番号		
	フリガナ		大・昭・平・令 年 月 日	年少	個人番号		
	⑪ 社会保険料控除	国民健康保険 後期高齢者医療等保険料 (年金から差し引かれた分を除く)	介護保険料 (年金から差し引かれた分を除く)	国民年金保険料 (証明書添付)	年金から差し引かれた 社会保険料等	給与から差し引かれた 社会保険料等	
	⑫ 小規模企業共済等掛金控除	(証明する書類添付)					
	⑬ 生命保険料控除 (証明書添付)	新一般生命保険料 (支払額)	⑭ 新個人年金保険料 (支払額)	⑮ 介護医療保険料 (支払額)	⑯ 旧一般生命保険料 (支払額)	⑰ 旧個人年金保険料 (支払額)	※新制度及び介護医療保険料は平成24年1月1日以降に新規契約・変更したものに限る。
	⑱ 地震保険料控除	地震保険料(支払額) (証明書添付)	⑲	旧長期損害保険料(支払額) (証明書添付)	⑳		
	㉑ 障害者控除(本人)	(1)愛の手帳1・2度 (5)戦傷病者手帳の特別項症〜第三項症に該当される方 (2)身体障害者手帳1・2級 (6)65歳以上で特別障害者相当と市区町村長等の認定を受けた方 (3)精神障害者保健福祉手帳1級 (7)(1)〜(6)以外の方は下記にご記入ください。 (4)成年被後見人 (愛の手帳・身体・精神 級(度))					
	㉒ 寡婦、ひとり親控除	寡婦 ( 死別・離婚：事由発生日 昭 平 年 月 日 ) ・ ひとり親 該当する事項に○印をしてください。					
㉓ 勤労学生控除	学校名 学年						
㉔ 医療費控除 (明細書等添付)	A 支払った医療費		B 保険金などで補てんされる金額		C 差引負担額 (A − B の金額)		
㉕ セルフメディケーション税制控除 (明細書添付)	D 支払った医薬品購入費		E 保険金などで補てんされる金額		F 差引負担額 (D − E の金額)		
	「差引負担額(F)」 − 12,000円 = セルフメディケーション税制控除額 (88,000円が上限)						

枠内には記入しないでください。

大田区処理欄		
①		
②	業務	
③	その他	
④		
⑤		
⑥		

⑩	所得税の控除合計額		
控 配	一般 C	老人 E	
⑪	所得税の配偶者特別控除額		
⑫	配偶者の合計所得額		
扶養等人数	特 定	老 人	
	人 同居	人	人
障 害 者	その他	年 少	特 親
	人	人	人
住宅取得	特 別	その他	
	人 同居	人	人

住宅取得	居住年月日	新税率	住居区分
年 月 日			
コード	金 額		

⑬			
⑭			

㉑	本人障害		
	特別 1	その他 2	
寡婦 1	ひとり親 4		勤学 G

㉔	※㉔と重複適用不可		
㉕	※㉕と重複適用不可		

医療費領収書保管番号	番号 提示・提出・なし	番号カード・通知カード・住民票	代理権 委任状・ブレ・( )	無所得 添付(裏面)	受付: /	コード: /
	身元 提示・提出・ブレ	免許証・資格確認書・源泉・障害手帳・在留・( )	別紙あり		入力: /	照合: /

申出量の提出期限は 3 月 16 日です。