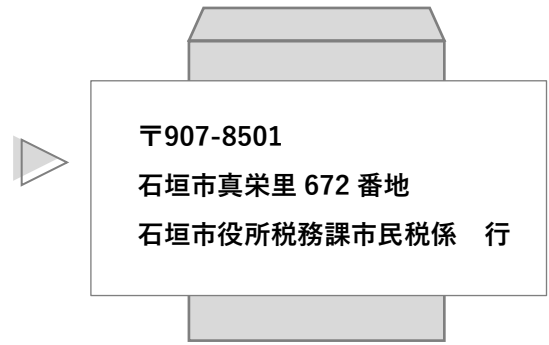


所得のない方は郵送での申告にご協力ください！

必要書類を同封のうえ、郵送で提出してください。

- 市県民税申告書（記入したもの）
- マイナンバーカードまたは番号確認書類の写し
- 本人確認書類の写し
（マイナンバーカード、通知カード、個人番号記載の住民票）

- ★ 提出書類は返却しませんので、写しを同封してください
- ★ 控えが必要な方は、返信用封筒(宛名を記入し、84円切手を貼付)を同封してください



令和6年3月15日(金) 消印有効

申告書（表面）

申告者の住所(現住所及び令和6年1月1日現在の住所)、氏名、生年月日、電話番号、個人番号(マイナンバー)などを記入してください。

令和6年度(5年収入分) 市民税・県民税兼国民健康保険税申告書										資料番号		
石垣市長 殿		現住所				住民コード						
		令和6年1月1日現在の住所 <input type="checkbox"/> 同上				業種又は職業						
提出年月日		フリガナ				個人番号						
年	月	日	氏名				大・昭・平・令	生年月日		代理	続柄	
								年	月	日	理	

21	氏名		生年月日		配偶者の合計所得	
	個人番号	氏名	大・昭・平・令	円	円	
22 配偶者控除・ 配偶者特別控除・ 同一生計配偶者 障害等	<input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 療	級	<input type="checkbox"/> 特障 <input type="checkbox"/> 普障	居住区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	障害等
	<input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 療	級	<input type="checkbox"/> 特障 <input type="checkbox"/> 普障	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 療
	<input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 療	級	<input type="checkbox"/> 特障 <input type="checkbox"/> 普障	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 療
	<input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 療	級	<input type="checkbox"/> 特障 <input type="checkbox"/> 普障	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 療
	<input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 療	級	<input type="checkbox"/> 特障 <input type="checkbox"/> 普障	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 療

扶養に入れる方がいる方は、氏名、生年月日、続柄、個人番号(マイナンバー)を記入し、必要に応じて、居住区分、障害等にレ点を付けてください。

申告書（裏面）

収入がなかった場合は、①～⑤の該当する項目にレ点を付けて、必要事項等を記入してください。

11 所得のなかった方の記入欄 ※該当する項目にチェックを付して必要事項を記入してください。

① <input type="checkbox"/> 下記の人から扶養又は援助を受けていた (住所) (氏名) (続柄)	② <input type="checkbox"/> 年金等を受給していた。 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 雇用保険等	③ <input type="checkbox"/> 生活保護法による生活扶助を受けていた。 ④ <input type="checkbox"/> 預貯金等で生活していた。 月頃から	⑤ <input type="checkbox"/> その他 (昨年の生活の状況を記入してください。)
--	--	--	--