

各種控除に必要な領収書・証明書などの添付書類は、添付書類台紙に貼付のうえ、この申告書とともに提出してください。

事務所処理欄

番号

番号C

通知C

住民票

身元

番号C

運転免許

()

代理権

委任状

税代理

()

6 給与と所得の内訳

●源泉徴収票のない方や、日給などの給与収入の方は必ず記入してください。

月	日	給	勤務日数	月	収
1		円			円
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
賞与等					円
合計(年間収入)					円

●勤務先の所在地・名称等

日雇い等により特定の勤務先なし

法人番号 または 所在地	
名称	
電話番号	

7 事業・不動産所得に関する事項

所得の種類	支払者の「名称」および「法人番号または所在地」等	収入金額	必要経費	青色申告特別控除額
		円	円	円

8 配当所得に関する事項

配当所得の種類	支払者の「名称」および「法人番号または所在地」等	支払確定年月	収入金額	必要経費
		・	円	円
		・		
		・		
		・		
			国外株式等に係る 外国所得税額	

9 雑所得(公的年金等以外)に関する事項

種目 (収入の内容)	支払者の「名称」および「法人番号または所在地」等	収入金額	必要経費
		円	円

10 総合譲渡・一時所得の所得金額に関する事項

右下のイの金額を表面のケに、ロの金額を表面のコに、ハの金額を表面のサに記入してください。右下のニの金額を表面の⑧の所得金額欄へ記入してください。

		収入金額	必要経費	差引金額 (収入金額 - 必要経費)	特別控除額	所得金額 (差引金額 - 特別控除額)
総合譲渡	短期	円	円	円	円	イ
	長期					ロ
一時						ハ
ニ 合計						イ + (ロ + ハ) × 1/2

11 事業専従者に関する事項

事業専従者の氏名	生年月日 <small>(1.明治 2.天正 3.昭和 4.平成 5.令和)</small>				従事月数	続柄	専従者給与(控除)額
	元号	年	月	日			
							円
							円
							円
							円
所得税における青色申告の承認の有無	承認あり・承認なし				合計額		円

13 寄附金に関する事項

寄附金の区分(寄附先)	寄附金額
都道府県・市区町村(ふるさと寄附金) (特例控除対象)	円
(大阪府共同募金会・日赤大阪府支部) 都道府県・市区町村(特例控除対象以外)	
大阪府指定	
大阪市指定	

前年中に支払った寄附金について、寄附金の区分(寄附先)ごとにそれぞれ記入してください。条例で指定した寄附金は、大阪府または大阪市が指定するものに限ります。大阪府指定分は府民税に、大阪市指定分は市民税に適用されます。

12 別居の扶養親族等に関する事項

扶養親族等の氏名	住所	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"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払
		<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"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払
		<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"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払

14 事業税に関する事項

非課税所得など	番号	所得金額
損益通算の特例適用前の不動産所得		円
事業用資産の譲渡損失など	資産の種類	損失額・被災損失額(白)円
前年中の開(廃)業	開始・廃止	月 日
<input type="checkbox"/> 他都道府県の事務所等		

◎令和5年中に収入(所得)がなかった方の記入欄

該当する項目の□に「✓」のうえ必要事項を記入してください。

<input type="checkbox"/> 下記の方から扶養または援助を受けていた (住所) (氏名) (続柄)	<input type="checkbox"/> 遺族年金、傷病手当、障がい年金等を受給していた (種類) (受給額) 円
<input type="checkbox"/> 雇用保険(失業保険)を受給していた (期間) 年 月 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> 学生であった (学校名) 年 月卒業予定
<input type="checkbox"/> 預貯金等で生活していた	<input type="checkbox"/> 生活保護法による生活扶助を受けていた (期間) 年 月 ~ 年 月
<input type="checkbox"/> その他(生活状況について具体的に記入してください。)	

税理士氏名 電話番号