

収入がなかった場合

令和8年度分 市民税・府民税 申告書										台帳番号			
（あて先）大阪市長										令和 8 年 2 月 16 日提出			
現住所 大阪市北区中之島1-3-20										1月1日現在の住所 大阪市北区中之島1-3-20		氏名 大阪 太郎	
フリガナ オオサカ タロウ										生年月日 3 25 1 1		日中の連絡先電話番号 06 - 6208 - XXXX	
氏名 大阪 太郎										フリガナ オオサカ タロウ		台帳番号 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 X X	
提出日、現住所、1月1日現在の住所、氏名、生年月日等を記入してください。										収入金額等		所得金額	
1 収入金額等										2 所得金額		3 所得から差し引かれる金額に関する事項	
4 所得から差し引かれる金額										5 給与・公的年金等以外の所得（※）に係る市民税・府民税の納税方法		6 雑損控除	
7 医療費控除										8 雑損控除		9 医療費控除	
10 雑損控除										11 医療費控除		12 雑損控除	
13 医療費控除										14 雑損控除		15 医療費控除	
16 雑損控除										17 医療費控除		18 雑損控除	
19 医療費控除										20 雑損控除		21 医療費控除	
22 雑損控除										23 医療費控除		24 雑損控除	
25 雑損控除										26 医療費控除		27 雑損控除	
28 医療費控除										29 雑損控除		30 医療費控除	
31 雑損控除										32 医療費控除		33 雑損控除	
34 医療費控除										35 雑損控除		36 医療費控除	
37 雑損控除										38 医療費控除		39 雑損控除	
40 医療費控除										41 雑損控除		42 医療費控除	
43 雑損控除										44 医療費控除		45 雑損控除	
46 医療費控除										47 雑損控除		48 医療費控除	
49 雑損控除										50 医療費控除		51 雑損控除	
52 医療費控除										53 雑損控除		54 医療費控除	
55 雑損控除										56 医療費控除		57 雑損控除	
58 医療費控除										59 雑損控除		60 医療費控除	
61 雑損控除										62 医療費控除		63 雑損控除	
64 医療費控除										65 雑損控除		66 医療費控除	
67 雑損控除										68 医療費控除		69 雑損控除	
70 医療費控除										71 雑損控除		72 医療費控除	
73 雑損控除										74 医療費控除		75 雑損控除	
76 医療費控除										77 雑損控除		78 医療費控除	
79 雑損控除										80 医療費控除		81 雑損控除	
82 医療費控除										83 雑損控除		84 医療費控除	
85 雑損控除										86 医療費控除		87 雑損控除	
88 医療費控除										89 雑損控除		90 医療費控除	
91 雑損控除										92 医療費控除		93 雑損控除	
94 医療費控除										95 雑損控除		96 医療費控除	
97 雑損控除										98 医療費控除		99 雑損控除	
100 医療費控除										101 雑損控除		102 医療費控除	
103 雑損控除										104 医療費控除		105 雑損控除	
106 医療費控除										107 雑損控除		108 医療費控除	
109 雑損控除										110 医療費控除		111 雑損控除	
112 医療費控除										113 雑損控除		114 医療費控除	
115 雑損控除										116 医療費控除		117 雑損控除	
118 医療費控除										119 雑損控除		120 医療費控除	
121 雑損控除										122 医療費控除		123 雑損控除	
124 医療費控除										125 雑損控除		126 医療費控除	
127 雑損控除										128 医療費控除		129 雑損控除	
130 医療費控除										131 雑損控除		132 医療費控除	
133 雑損控除										134 医療費控除		135 雑損控除	
136 医療費控除										137 雑損控除		138 医療費控除	
139 雑損控除										140 医療費控除		141 雑損控除	
142 医療費控除										143 雑損控除		144 医療費控除	
145 雑損控除										146 医療費控除		147 雑損控除	
148 医療費控除										149 雑損控除		150 医療費控除	
151 雑損控除										152 医療費控除		153 雑損控除	
154 医療費控除										155 雑損控除		156 医療費控除	
157 雑損控除										158 医療費控除		159 雑損控除	
160 医療費控除										161 雑損控除		162 医療費控除	
163 雑損控除										164 医療費控除		165 雑損控除	
166 医療費控除										167 雑損控除		168 医療費控除	
169 雑損控除										170 医療費控除		171 雑損控除	
172 医療費控除										173 雑損控除		174 医療費控除	
175 雑損控除										176 医療費控除		177 雑損控除	
178 医療費控除										179 雑損控除		180 医療費控除	
181 雑損控除										182 医療費控除		183 雑損控除	
184 医療費控除										185 雑損控除		186 医療費控除	
187 雑損控除										188 医療費控除		189 雑損控除	
190 医療費控除										191 雑損控除		192 医療費控除	
193 雑損控除										194 医療費控除		195 雑損控除	
196 医療費控除										197 雑損控除		198 医療費控除	
199 雑損控除										200 医療費控除		201 雑損控除	
202 医療費控除										203 雑損控除		204 医療費控除	
205 雑損控除										206 医療費控除		207 雑損控除	
208 医療費控除										209 雑損控除		210 医療費控除	
211 雑損控除										212 医療費控除		213 雑損控除	
214 医療費控除										215 雑損控除			

各種除に必要書類取書証明書の添付書類は、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。

6 給与所得の内訳

●源泉徴収額のない方や、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

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「法人番号または住所」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「法人番号または住所」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控除額	

9 雑所得(公的年金等以外)に関する事項

種別	支払者の「名称」および「法人番号または住所」等	収入金額	必要経費
		円	円

10 総合課税・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イに、ロの金額を表面のロに、ハの金額を表面のサに記入してください。
右下の二の金額を表面の②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)
総合課税	短期	円	円	円	イ	円
	長期				ロ	
一時					ハ	
二 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	従事月数	続柄	専従者給与(控除)額
	元号 年 月 日			円
	元号 年 月 日		個人番号	円
	元号 年 月 日		個人番号	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		

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"/> 障害 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金の受給者

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)(特別控除対象)	円
大阪府共同社会会・日本大阪府支部 都道府県・市区町村(特別控除対象以外)	
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、大阪府または大阪府が指定するものに限り、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。

前年中の(廃)棄	開始・廃止	月 日
<input type="checkbox"/> 他 都 道 府 県 の 事 務 所 等		

○令和7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 (備前) (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 ー 年 月	<input type="checkbox"/> 学生であった (学校名) 年 月卒業予定
<input checked="" 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 ー 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

所得がある場合や、控除の記載方法については、[市民税・府民税 申告の手引き](#)をご確認ください。