

# 令和8年度 市民税・道民税人的控除票

## 1. 申告者に関する事項(住所・氏名等を記入してください)

住所	〒 函館市 町 丁目 番 号			
フリガナ			生年月日	大・昭平・令 年 月 日
申告者氏名			電話	- -
世帯主	続柄	本人障害	あり(身精級)・なし 療他 交付年月日 年 月 日	

## 2. 扶養親族に関する事項(扶養している方がいる場合は、以下の欄に記入してください)

名前	続柄	生年月日	住所(別居の場合のみ記入)	障害	収入金額
	配偶者	大・昭平・令 年 月 日		あり(身精級)・なし 療他 交付年月日	収入の種類 ( ) 円
	子・父・母 ( )	大・昭平・令 年 月 日		あり(身精級)・なし 療他 交付年月日	収入の種類 ( ) 円
	子・父・母 ( )	大・昭平・令 年 月 日		あり(身精級)・なし 療他 交付年月日	収入の種類 ( ) 円
	子・父・母 ( )	大・昭平・令 年 月 日		あり(身精級)・なし 療他 交付年月日	収入の種類 ( ) 円
	子・父・母 ( )	大・昭平・令 年 月 日		あり(身精級)・なし 療他 交付年月日	収入の種類 ( ) 円
	子・父・母 ( )	大・昭平・令 年 月 日		あり(身精級)・なし 療他 交付年月日	収入の種類 ( ) 円

※令和7年中の合計所得金額が58万円以下である扶養親族を記入してください。なお、配偶者の合計所得金額が58万円を超えて133万円以下の場合、申告者の合計所得金額と配偶者の合計所得金額に応じて配偶者特別控除が適用になります。また、19歳以上23歳未満の扶養親族(配偶者および専従者を除く)で合計所得金額が58万円を超えて123万円以下の場合、扶養親族の合計所得金額に応じて特定親族特別控除が適用になります。

**※障害者控除を適用する場合は、障害等級等が分かる手帳(写)または障害者控除対象者認定書(写)を添付してください。**

## 3. 申告者本人が寡婦控除、ひとり親控除を適用する方(令和7年中の合計所得金額が500万円以下の方)は該当する①~③のチェック欄に✓を記入し、②③に該当する方は死別・離別の年月も記入してください。

	内容	チェック欄
①	婚姻歴の有無や性別にかかわらず、「令和7年中の総所得金額等が58万円以下である生計を一にする子(他の扶養親族を除く)」を有する単身者で、事実婚と認められる者がいない方 →「ひとり親控除」適用	<input type="checkbox"/>
②	①に該当しないが、夫と死別(または生死不明・未帰還)( 年 月頃)した後、婚姻(事実婚含む)をしていない方 →「寡婦控除」適用	<input type="checkbox"/>
③	①に該当しないが、夫と離別( 年 月頃)した後、婚姻(事実婚含む)をせず、「令和7年中の合計所得金額が58万円以下である扶養親族」を有する方 →「寡婦控除」適用	<input type="checkbox"/>

## 4. 申告者本人が勤労学生控除を適用する方(下記内容の(1)~(4)までの条件を満たす方)はチェック欄に✓を記入し、学生証の(写)または在学証明書の(写)を添付してください。

内容	チェック欄
(1)対象となる学校に在学する学生で、(2)自己の勤労により得た所得があり、(3)かつ合計所得金額が85万円以下で、(4)合計所得のうち自己の勤労によらない所得が10万円以下の方 →「勤労学生」控除適用	<input type="checkbox"/>

以下 職員記載欄

宛番号										
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

郵便受付番号									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

点検	確認
印	印