

令和 7 年度 市民税・道民税申告書

(収入がなかった方、または遺族年金・障害年金・老齢福祉年金のみの方用)

(あて先) 苫小牧市長

年 月 日提出

住 所					
フリガナ			生年月日	大・昭 平・令	年 月 日
氏 名			電話番号	— —	
マイナンバー (個人番号)					
代理者 氏 名			本人との続柄		
代理者 住 所	同上		代 理 者 電 話 番 号	同上 — —	



太枠内をすべて
ご記入ください。

令和6年1月1日から令和6年12月31日までの生活状況について、下記のとおり申告します。

該当する番号に○をつけて、必要な内容を記入してください。

- 収入がまったくなく、次の(1)～(3)のとおり生活していた。
 - 預貯金
 - 下記の者に扶養されていた又は援助を受けていた
氏名 _____ 続柄 _____
 - その他(例：児童扶養手当を受給していた などのように具体的に記入してください)

- 障害年金・老齢福祉年金を受給していた。
- 遺族年金を受給していた。
- 生活保護による生活扶助を受けていた。
受給開始時期 _____ 年 _____ から

裏面の記載例を参考に
ご記入ください。

※ 以下に該当するものがある場合は記入してください。

扶養している 配偶者がいる	フリガナ			障害の程度		障害認定日		居住区分			
	氏 名			身体・精神 療育	級 判定	年 月 日		同居・別居			
	生年月日	大・昭・平 年 月 日		個人番号							
扶 養 し て い る 親 族 が い る	続柄	フリガナ			障害の程度		障害認定日		居住区分		
		氏 名			身体・精神 療育	級 判定	年 月 日		同居・別居		
		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		個人番号						
	続柄	フリガナ			障害の程度		障害認定日		居住区分		
		氏 名			身体・精神 療育	級 判定	年 月 日		同居・別居		
		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		個人番号						
	続柄	フリガナ			障害の程度		障害認定日		居住区分		
		氏 名			身体・精神 療育	級 判定	年 月 日		同居・別居		
		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		個人番号						
	続柄	フリガナ			障害の程度		障害認定日		居住区分		
		氏 名			身体・精神 療育	級 判定	年 月 日		同居・別居		
		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		個人番号						
本人が該当 する控除	障害の程度		障害認定日		寡婦控除 又はひとり親控除		勤労学生控除				
	身体・精神 療育	級 判定	年 月 日		死別・離別 未婚	死別・離別日	学校名 ()				
						年 月 日					

※以下の欄は市民税課記入欄ですので記入は不要です。

番号確認 (個・通・住民票・拒否・忘失)	宛 番 号
本人確認 (個・免・パス・障・保・他 ())	

令和 7 年度 市民税・道民税申告書

(収入がなかった方、または遺族年金・障害年金・老齢福祉年金のみの方用)

(あて先) 苫小牧市長

年 月 日 提出

住 所	苫小牧市旭町4丁目5番6号			太枠内をご記入ください。		
フリガナ	トコマイ ハナコ			生年月日	大・昭・平 38 年 10 月 23 日	
氏 名	苫小牧 花子			電話番号	0144 - 32 - 6111	
マイナンバー (個人番号)						
代理者 氏 名	苫小牧 太郎			本人との続柄	夫	
代理者 住 所	同上			代理者 氏 名	同上	

受付印

太枠内をすべて
ご記入ください。

代理で申告する場合は、氏名と続柄をご記入ください。

令和6年1月1日から令和6年12月

該当する番号に○をつけて、必要な内容を記入してください。

1 収入がまったくなく、次の(1)～(3)のとおり生活していた。

(1) 預貯金

(2) 下記の者に扶養されていた又は援助を受けていた。

氏名 苫小牧 太郎 続柄 夫

(3) その他(例: 児童扶養手当を受給していた などのように具体的に記入してください)

2 障害年金・老齢福祉年金を受給していた。

3 遺族年金を受給していた。

4 生活保護による生活扶助を受けていた。

受給開始時期 年 か

前年中の生活状況について、以下のとおり当てはまる番号に○をつけ、必要事項をご記入ください。

※ 以下に該当するものがある場合は記入して

扶養している 配偶者がいる	フリガナ		
	氏 名		
扶 養 し て い る 親 族 が い る	続柄	フリガナ	
	氏 名		
	生年月日	大・昭・平・令 年	
	続柄	フリガナ	
	氏 名		
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	
	療育	判定	年 月 日
	同居・別居		
	続柄	フリガナ	
	氏 名		
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		
療育	判定	年 月 日	
同居・別居			
続柄	フリガナ		
氏 名			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		
療育	判定	年 月 日	
同居・別居			
続柄	フリガナ		
氏 名			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		
療育	判定	年 月 日	
同居・別居			
本人が該当 する控除	身体・精神 療育	級 判定	年 月 日
障害の程度		障害認定日	寡婦控除 又はひとり親控除
死別・離別 未婚		死別・離別日 年 月 日	勤労学生控除
学校名 ()			

- ・収入が無かった方 → 1
- ・障害年金を受給していた方 → 2
- ・遺族年金を受給していた方 → 3
- ・生活保護を受給していた方 → 4

申告されるご本人様に、令和6年12月31日時点で扶養している配偶者、親族がいる場合、また、障がい等がある場合にご記入ください。

※以下の欄は市民税課記入欄ですので記入は不要です。

番号確認 (個々・通々・住民票・拒否・忘失)	宛名 番号
本人確認 (個々・免・パス・障・保・他 ())	