

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

受付印

住所						
フリガナ	生年月日			大・昭 年 月 日 平・令		
氏名	電話番号			— —		
マイナンバー (個人番号)
代理人 氏名	本人との続柄					
代理人 住所	同上	代理人 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。

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 _____ 続柄 _____

(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				
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				
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				
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				
本人が該 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	年 月 日	学校名	()

※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 (個か・通か・住民票・拒否・忘失)
本人確認 (個か・免・パス・障・資・他 ())

宛名 番号

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

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	トマコマイ ハナコ	生年月日	大・昭 38年10月23日 平・令			
氏名	苫小牧 花子	電話番号	0144-32-6111			
マイナンバー (個人番号)						
代理人 氏名	苫小牧 太郎	本人との続柄	夫			
代理人 住所	同上	四者				

年 月 日 提出

受付印

太枠内をすべて

令和6年1月1日から令和6年12月

代理で申告する場合は、氏名と続柄をご記入ください。

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) 額眩全

- (2) 下記の者に扶養されていた又は援助を受けていた。

記の昔に扶養された父は援助を受けていた。
氏名 苫小牧 太郎 繁柄 夫

- (3) その他 (例: 周囲扶養手当を受給していたなど) 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		
	生年月日	大・昭・平 年	
扶 養 し て い る 親 族 が い る	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	大・昭・平・令	年
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	大・昭・平・令	年
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	大・昭・平・令	年
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	大・昭・平・令	年
本人が該当する控除	障害の程度		障害認定日
	身体 ・精神 療育	級 判定	年 月

・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)
本人確認 (個々・免・バス・障・資・他 ())

宛名
番号