

申告に必要なもの

1、マイナンバー確認書類

- ①本人が申告する場合
個人番号カード（無い方は通知カード・身元確認のための書類（免許証など））
- ②代理人（親族者など）が申告する場合
申告者の番号確認（本人が申告する場合と同様の「本人確認」書類の写し）
代理人の身元確認（本人が申告する場合と同様の代理人の「身元確認」書類）

2、その他必要なもの

- ①村から送付された申告相談案内ハガキ（ハガキのない方には受付でお名前、住所をお伺いします。）
- ②税務署から送付されたハガキ及び通知等
- ③印鑑（口座振替で所得税を納税される方は金融機関の届出印をお持ちください。）
- ④預金通帳等、口座番号を確認できるもの
- ⑤所得の内容がわかる資料
 - 自営業、農業、不動産貸付などの事業を営んでいる方：収入と支出がわかる書類（収支内訳書にまとめてきてください。）※農業所得のある方は内訳書（別紙1）
 - 給与所得：源泉徴収票の原本または事業主の支払証明書や給与明細書（1年分）など
 - 年金収入：源泉徴収票の原本
- ⑥控除の内容がわかる資料
 - 国民健康保険税、社会保険料、後期高齢者医療保険料、介護保険料、国民年金保険料の納付額が確認できる書類（証明書や領収書）
 - 生命保険料（一般生命、個人年金、介護医療）の証明書
 - 地震保険料、損害保険料（長期のみ）の証明書
 - 医療費控除を受ける方は医療費控除の明細書（別紙2）
医療費通知がある方は通知書
 - 雑損控除を受ける方は、罹災（被災）証明書、支払の内容がわかる書類または見積書

◆問い合わせ先◆

大玉村役場 総務部 税務課 賦課係

TEL 0243-24-8093

令和4年分村県民税・所得税の申告相談のお知らせ

村では、令和4年分村県民税及び所得税の申告相談を下記の日程で行います。この申告は、令和5年度村県民税や国民健康保険税、介護保険料、後期高齢者医療保険料の算出の基礎となります。申告が必要な方は、期限までに済ませられるようお願い致します。

- 1. 期 日 : 令和5年2月10日（金）～3月15日（水）（土・日・祝日を除く）
- 2. 受付時間 : 〔午前〕9時～11時 〔午後〕1時～4時
- 3. 場 所 : 大玉村役場 分庁舎会議室（役場本庁舎裏）
混雑を避けるため相談日を指定し、後日ハガキでご案内いたします。

新型コロナウイルス感染防止の観点から以下の点についてご協力をお願い致します。

- ご来場の際はマスク着用のうえお越しください。
- 会場内の密を防ぐため、複数でのご来場は控えてください。
- 受付時間は午前9時からです。会場に入れるのは8時30分からとなります。
- 申告時間短縮のため、農業所得のある方は内訳書（別紙1）に記載しご持参ください。
- 医療費控除がある方は「明細書」の提出が必要になります。
あらかじめご自宅で明細書（別紙2）を作成の上、ご持参ください。
（明細書の作成が無い場合は、申告会場にて、ご自分で作成していただくようになります。）

※税務署の判断を必要とする複雑な申告内容の場合（雑損控除、株式譲渡、先物取引、土地・家屋の譲渡等）は、二本松福祉センターにご案内する場合がありますのでご了承ください。

《申告日程表》

月	日	曜日	行政区	月	日	曜日	行政区
2	10	金	11区	3	1	水	3区
	13	月	11区・12区		2	木	4区
	14	火	13区		3	金	4区・5区
	15	水	13区		6	月	5区
	16	木	14区		7	火	6区
	17	金	15区		8	水	7区
	20	月	16区		9	木	7区・8区
	21	火	1区		10	金	8区
	22	水	2区		13	月	9区
	24	金	2区		14	火	10区・17区
	27	月	3区		15	水	指定なし
	28	火	3区				

※指定日以外でも申告はできますが、例年、3月に入ると会場が混み合ってきます。
準備が整った方は2月中に申告を済ませてください。
※3月15日（木）は、1区から17区の方どなたでも受付可能です。

年分 医療費控除の明細書【内訳書】

※この控除を受ける方は、セルフメディケーション税制は受けられません。

住所

氏 名

1 医療費通知に記載された事項

医療費通知(※)を添付する場合、右記の(1)～(3)を記入します。

※医療保険者等が発行する医療費の額等を通知する書類で、次の6項目が記載されたものをいいます。

(例：健康保険組合等が発行する「医療費のお知らせ」)

①被保険者等の氏名、②療養を受けた年月、③療養を受けた者、
④療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称、⑤被保険者等が
支払った医療費の額、⑥保険者等の名称

(1) 医療費通知に記載された医療費の額	(2) (1)のうちその年中に実際に支払った医療費の額	(3) (2)のうち生命保険や社会保険などで補てんされる金額
円	円	円

2 医療費（上記 1 以外）の明細

「領収書1枚」ごとではなく、
「医療を受けた方」・「病院等」ごとにまとめて記入できます。

(1) 医療を受けた方の 氏名	(2) 病院・薬局などの 支払先の名称	(3) 医療費の区分	(4) 支払った医療費 の額	(5) (4)のうち生命保険 や社会保険などで 補てんされる金額
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費	円	円
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
2 の 合 計			㊟	㊞

医 療 費 の 合 計	A	(㉗+㉘) 円	B	(㉙+㉚) 円
-------------	---	---------	---	---------

3 控除額の計算

支払った医療費	(合計)	円
保険金などで 補てんされる金額		
差引金額 ($\text{A} - \text{B}$)	(マイナスのときは0円)	
所得金額の合計額		
$\text{D} \times 0.05$	(赤字のときは0円)	
E と10万円のいずれか 少ない方の金額		
医療費控除額 ($\text{C} - \text{F}$)	(最高200万円、赤字のときは0円)	

A
B
C
D
E
F
G

申告書第一表の「所得金額等」の合計欄の金額を転記します。

(注) 次の場合には、それぞれの金額を加算します。

- ・退職所得及び山林所得がある場合・・・その所得金額
- ・ほかにか申告分離課税の所得がある場合・・・その所得金額
(特別控除前の金額)

なお、損失申告の場合には、申告書第四表(損失申告用)の「4 繰越損失を差し引く計算」欄の金額を転記します。

申告書第一表の「所得から差し引かれる金額」の医療費控除欄に転記します。

この明細書は、申告書と一緒に提出してください。

切り取り線