［第五号の五様式（第二条関係）　別紙五］

平成　　年度分　市町村民税
道府県民税　給与所得者・公的年金等受給者用雑損控除・医療費控除申告書

市町村長　殿	住所	
	フリガナ	
	氏名	㊞
	個人番号	
平成　年　月　日提出	給与支払者又は公的年金等支払者の住所（居所）又は所在地	
	同上の氏名又は名称	

「個人番号」欄には、あなたの個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第２条第５項に規定する個人番号をいう。）を記載してください。

◎給与所得の収入金＿＿＿＿＿＿＿＿円

◎公的年金等の収入金額＿＿＿＿＿＿＿＿円

雑損控除　あなたやあなたと生計を一にする配偶者その他の親族（前年中の市町村民税及び道府県民税の課税の対象となる各種所得の金額の合計額が前年の所得につき適用された所得税の基礎控除額以下の者に限ります。）が前年中に災害や盗難・横領で損害を受けたときは、下の欄に必要な事項を書き入れてください。

損害の原因	損害を受けた年月日	損害を受けた資産の種類	損害の金額①	保険金などで補てんされる金額②	差引額負担①－②
	年　月　日		円	円	円
	年　月　日				
	年　月　日				
	年　月　日				
				計	

医療費控除　あなたが前年中にあなたやあなたと生計を一にする配偶者その他の親族のために医療費を支払ったときは、下の欄に必要な事項を書き入れてください。

医療を受けた人の氏名	あなたとの続柄	支払った医療費③	保険金などで補てんされる金額④	差引負担額③－④
		円	円	円
			計	

----------切---取---線----------

平成　　年度分市町村民税・道府県民税の給与所得者・公的年金等受給者用雑損控除・医療費控除申告受付書

住所		受付日付印
氏名	殿	