

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

第五号の五様式（第二条関係）

市町村長 殿	フリガナ	⑤
	氏 名	
平成 年 月 日 提出	住 所	
	給与支払者又は 公的年金等支払 者の氏名・名称	
	同上の住所・ 所 在 地	

◎ 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、）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		差 引 損 失 額 ①-②
			① 課される金額 円	② 保険金などで補 てられる金額 円	
	年 月 日				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 円	保 険 金 な ど で 補 てられる金額		差 引 負 担 額 ③-④ 円
			④ 保険金などで補 てられる金額 円	⑤ 差引負担額 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・医療費控除申告書

住 所	受付日付印
氏 名	殿