

令和5年分 所得税確定申告の下書き

納税者本人の個人番号（マイナンバー）																	
(住所)																	
(事業所住所)																	
納税地（いづれかに○） 住所・事業所			職業			屋号・雅号			世帯主の氏名			世帯主との続柄					
(氏名)						(生年月日) 大・昭・平・令						年		月		日	
<input type="checkbox"/> 青色 <input type="checkbox"/> 白色 <input type="checkbox"/> 繰越損失 <small>純損失の繰越しの場合には前年の控えを添付してください</small>						本人が（障害者・特別障害者・ひとり親・寡婦（死亡・離婚・他））											

所得の種類	収入金額	所得金額
事業所得		
不動産所得		
給与所得		
雑所得 (公的年金)		
雑所得 (業務)		
雑所得 (その他)		
合計		

配偶者控除・配偶者特別控除・扶養控除

配偶者氏名		個人番号				生年月日	同居の有無	障害者控除
						明・大・昭・平 ・	同居・別居	一般・特別
配偶者の収入金額			配偶者の所得金額					
扶養親族氏名	続柄	個人番号				生年月日	同居の有無	障害者控除
						明・大・昭・平・令 ・	同居・別居	一般・特別
						明・大・昭・平・令 ・	同居・別居	一般・特別
						明・大・昭・平・令 ・	同居・別居	一般・特別
						明・大・昭・平・令 ・	同居・別居	一般・特別

青色専従者

氏名	続柄	個人番号				生年月日	給与の合計金額
						明・大・昭・平 ・	
						明・大・昭・平 ・	

控除証明書添付用紙

令和5年分

社会保険料等に係る控除証明書等

会員番号

氏名

● 社会保険料控除（年間支払金額）※は控除証明書等をご持参ください。

社会保険の種類	支払保険料	社会保険の種類	支払保険料
源泉徴収分(※) <small>(給与や年金より差引かれている金額)</small>		国民健康保険	
国民年金(※)		後期高齢者医療保険	
国民年金基金の掛金(※)		介護保険	
		労働保険（事業主分）	
合計		合計	

● 小規模企業共済等掛金（年間支払金額）控除証明書等をご持参ください。

種類	支払掛金
源泉徴収分	
小規模企業共済掛金	
企業型年金・個人型年金加入者掛金	
心身障害者扶養共済制度に関する掛金	
合計	

● 生命保険料（年間支払金額）控除証明書等をご持参ください。

【新生命保険料】 <small>保険会社等の名称</small>	<年間支払保険料>	【旧生命保険料】 <small>保険会社等の名称</small>	<年間支払保険料>
合計 <small>(8万円に達するまで記入)</small>		合計 <small>(10万円に達するまで記入)</small>	

【新個人年金保険料】 <small>保険会社等の名称</small>	<年間支払保険料>	【旧個人年金保険料】 <small>保険会社等の名称</small>	<年間支払保険料>
合計 <small>(8万円に達するまで記入)</small>		合計 <small>(10万円に達するまで記入)</small>	

【介護医療保険料】 <small>保険会社等の名称</small>	<年間支払保険料>
合計 <small>(8万円に達するまで記入)</small>	

● 地震保険料等（年間支払金額）控除証明書等をご持参ください。

【地震保険料】 <small>保険会社等の名称</small>	<年間支払保険料>	【旧長期損害保険料】 <small>保険会社等の名称</small>	<年間支払保険料>
合計 <small>(5万円に達するまで記入)</small>		合計	

令和5年分 医療費の明細書

※ 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 医療費通知に関する事項

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填される金額
円	円	円

2 医療費(上記1以外)の明細

「医療を受けた方の氏名」、「病院・薬局などの支払先の名称」ごとにまとめて記入することができます。上記1に記入したものについては、記入しないでください。

(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填される金額
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
2の合計			㉞	㉟

医療費の合計	A (㉞+㉟) 円	B (㉟+㉟) 円
--------	-----------	-----------

3 控除額の計算

支払った医療費	A
保険金などで補てんされる金額	B
差引金額 (㉞ - B)	C
所得金額の合計	D
C × 0.05	E
E と 10万円いづれか少ない方の金額	F
医療費控除額 (C - F)	G