

現在の住所	3 3 4 - 0 0 7 3	個人番号 (マイナンバー)	2 2 7 7 0 5 1 8 9 9 0 5	生年 月日	3	5 7	1 0	1 2
(又は事業所 事務所 居所など)	埼玉県川口市赤井 3 - 9 - 4 9			フリガナ	マツオカ ソウヤ			
	Avenir 201号室			氏名	松岡 宗谷			
令和 4 年 1 月 1 日現在の住所	同上			職業	IT業		屋号・雅号	
							世帯主の氏名	松岡 宗谷
							世帯主との続柄	本人
(単位は円)	種類						整理番号	0 2 8 0 9 4 9 3
受付印							電話番号	0 8 0 - 4 5 1 1 - 0 2 5 7

収入金額等	事業	営業等	区分	ア	
	業	農業	区分	イ	
	不動産	区分1	区分2	ウ	
	利	子	区分	エ	
	配	当	区分	オ	
	給	与	区分	カ	2 4 0 0 0 0 0 0
	雑	公的年金等	区分	キ	
		業務	区分	ク	
		その他	区分	ケ	
	総合譲渡	短期	区分	コ	
	長期	区分	サ		
	一時	区分	シ		
所得金額等	事業	営業等	①		
	業	農業	②		
	不動産	③			
	利	子	④		
	配	当	⑤		
	給与	区分	⑥	1 6 0 0 0 0 0 0	
	雑	公的年金等	⑦		
		業務	⑧		
		その他	⑨		
		⑦から⑨までの計	⑩		
総合譲渡・一時	⑪				
合計	⑫	1 6 0 0 0 0 0 0			
所得から差し引かれる金額	社会保険料控除	⑬			
	小規模企業共済等掛金控除	⑭			
	生命保険料控除	⑮			
	地震保険料控除	⑯			
	専従、ひとり親控除	区分	⑰～⑱	0 0 0 0	
	勤労学生、障害者控除	区分	⑲～⑳	0 0 0 0	
	配偶者(特別)控除	区分1	区分2	⑳～㉑	3 8 0 0 0 0
	扶養控除	区分	㉒	0 0 0 0	
	基礎控除	㉓	4 8 0 0 0 0		
	⑬から㉓までの計	㉔	8 6 0 0 0 0		
雑損控除	㉕				
医療費控除	区分	㉖	7 8 4 5 0		
寄附金控除	㉗				
合計	㉘	9 3 8 4 5 0			

税金の計算	課税される所得金額 (⑫ - ㉘)又は第三表 上の㉙に対する税額 又は第三表の㉚	③⑩	6 6 1 0 0 0			
	配当控除	③⑪	3 3 0 5 0			
		③⑫				
		③⑬				
	(特定増改築等) 住宅借入金 等特別控除	区分1	区分2	③⑭	0 0	
	政党等寄附金等特別控除	③⑮～③⑯				
	住宅耐震改修 特別控除等	区分	③⑰～③⑱			
	差引所得税額 (③⑲ - ③⑳ - ㉙ - ㉚)	④①	3 3 0 5 0			
	災害減免額	④②				
	再差引所得税額(基準所得税額) (④③ - ④④)	④③	3 3 0 5 0			
復興特別所得税額 (④③ × 2.1%)	④④	6 9 4				
所得税及び復興特別所得税の額 (④③ + ④④)	④⑤	3 3 7 4 4				
外国税額控除等	区分	④⑥～④⑦				
源泉徴収税額	④⑧	1 8 3 0 0				
申告納税額 (④⑤ - ④⑥ - ④⑦ - ④⑧)	④⑨	1 5 4 0 0				
予定納税額 (第1期分・第2期分)	⑤⑩					
第3期分の税額 (④⑨ - ⑤⑩)	⑤①	1 5 4 0 0				
納める税金 還付される税金	⑤②					
その他の	公的年金等以外の 合計所得金額	⑤③	1 6 0 0 0 0 0 0			
	配偶者の合計所得金額	⑤④				
	専従者給与(控除)額の合計額	⑤⑤				
	青色申告特別控除額	⑤⑥				
	雑所得・一時所得等の 源泉徴収税額の合計額	⑤⑦				
	未納付の源泉徴収税額	⑤⑧				
	本年分で差し引く繰越損失額	⑤⑨				
	平均課税対象金額	⑥⑩				
	変動・臨時所得金額	区分	⑥⑪			
	延届納 の出	申告期限までに納付する金額	⑥⑫	0 0		
延納届出額	⑥⑬	0 0 0				
還付される税金の所	銀行・組合 金庫・農協・漁協					
	郵便局 名等	預金 種類	普通	当座	納税準備	貯蓄
	口座番号					
	記号番号					
	区分					1
	異動					4
	管理					
	補完					
	確認					
	税理士 署名 電話番号					

第一表 (令和三年分以降用)

④④・④⑤・④⑨・⑤①又は⑤②の記入をお忘れなく。

納管
事業
住民
資産
総合
分離
検算
通信
日付印
年月日
連番

令和 0 3 年分の所得税及び復興特別所得税の確定申告書

添付書類台紙

住 所 (又 は 事 業 所 事 務 所 居 所 など)	埼玉県川口市赤井 3 - 9 - 4 9 A v e n i r 2 0 1 号 室	フリ ガナ 氏 名	マツオカ ソウヤ 松岡 宗谷
---------------------------------	---	--------------	-------------------

の り し ろ

本人確認書類（写）

申告書を提出する際には、 毎回、 本人確認書類の提示又は写しの添付 が必要です。

マイナンバーカード（個人番号カード）をお持ちの方

マイナンバーカードの表面及び裏面の 写し を貼ってください。

マイナンバーカードをお持ちでない方

「 番号確認書類 」の 写し と 「 身元確認書類 」の 写し をそれぞれ貼ってください。
 原本を貼ることのないよう、ご注意ください。

番 号 確 認 書 類
<p>《ご本人のマイナンバーを確認できる書類の 写し 》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通知カード （現在の氏名・住所等が記載されている場合に 限ります。） ・住民票の写し又は住民票記載事項証明書 （マイナンバーの記載があるものに限ります。） <p>などのうちいずれか 1 つ</p>



身 元 確 認 書 類
<p>《記載したマイナンバーの持ち主であることを 確認できる書類の 写し 》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・運転免許証 ・公的医療保険の被保険者証 （保険者番号及び被保険者等記号・番号部分をマスキング(塗りつぶし)してください。） ・パスポート ・身体障害者手帳 ・在留カード <p>などのうちいずれか 1 つ</p>

申告に当たっては、上記及び社会保険料控除、小規模企業共済等掛金控除、生命保険料控除、地震保険料控除、寄附金控除関係書類（該当するものに限ります。）などを、この台紙のにりづけし申告書と一緒に提出するか、申告書を提出する際に提示してください。

上記以外の書類は、この台紙の裏面や適宜の用紙に貼ってください。

令和 03 年分の所得税及び復興特別所得税の確定申告書B

住所
フリガナ埼玉県川口市赤井3-9-49
Avenir 201号室マツオカ ソウヤ
松岡 宗谷

○ 所得の内訳 (所得税及び復興特別所得税の源泉徴収税額)

所得の種類	種 目	給与などの支払者の「名称」及び「法人番号又は所在地」等	収入金額	源泉徴収税額
給与		スペースナビ株式会社 東京都板橋区徳丸3-41-31 清春荘202号	円 2,400,000	円 18,300
④⑧ 源泉徴収税額の合計額			円 18,300	

○ 総合課税の譲渡所得、一時所得に関する事項 (⑪)

所得の種類	収入金額	必要経費等	差引金額
譲渡 (短期)	円	円	円
譲渡 (長期)			
一 時			

○ 特例適用条文等

--

○ 配偶者や親族に関する事項 (⑳～㉓)

氏 名	個 人 番 号	続 柄	生 年 月 日	障 害 者	国外居住	住 民 税	その他
松岡 千加子	8 9 5 7 1 1 2 0 5 7 9 6	配偶者	明・大 昭・平 61 . 6 . 27				
松岡 実寿来	1 3 8 0 1 8 1 4 9 3 6 4	子	明・大 昭・平・令 3 . 12 . 14			16	
			明・大 昭・平・令 . .				
			明・大 昭・平・令 . .				
			明・大 昭・平・令 . .				
			明・大 昭・平・令 . .				

○ 事業専従者に関する事項 (㉔)

事業専従者の氏名	個 人 番 号	続 柄	生 年 月 日	従事月数・程度・仕事の内容	専従者給与(控除)額
			明・大 昭・平 . .		
			明・大 昭・平 . .		

○ 住民税・事業税に関する事項

住民税	非上場株式の 少額配当等	非居住者の 特 例	配当割額 控 除 額	株式等譲渡 所得割額控除額	特定配当等・特定 株式等譲渡所得の 全部の申告不要	給与、公的年金等以外の 所得に係る住民税の徴収方法	都道府県、市区町村 への寄附 (特例控除対象)	共同募金、日赤 その他の寄附	都道府県 条例指定寄附	市区町村 条例指定寄附
						特別徴収 自分で納付				

事業税	非課税所得など 不動産所得から差し引いた 青色申告特別控除額	番号	所得 金額	損益通算の特例適用前の 不動産所得	事業用資産の譲渡損失など	前年中の 開(廃)業	開始・廃止 月日

上記の配偶者・親族・事業専従者のうち別居の者の氏名・住所	氏名	住所	所得税で控除対象配偶者 などとした専従者	氏名	給与	一連 番号
------------------------------	----	----	-------------------------	----	----	----------

○ 社会保険料控除等に関する事項 (⑬～⑯)

	保 険 料 等 の 種 類	支払保険料等の計	うち年末調整等以外
⑬ 社会保険料控除		円	円
⑭ 小規模掛 規共金 模済控 除等除		円	円
⑮ 生命保険料控除	新 生 命 保 険 料	円	円
	旧 生 命 保 険 料		
	新 個 人 年 金 保 険 料		
	旧 個 人 年 金 保 険 料		
	介 護 医 療 保 険 料		
⑯ 地震保険料	地 震 保 険 料	円	円
	旧 長 期 損 害 保 険 料		

○ 本人に関する事項 (⑰～⑳)

<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未 帰 還	<input type="checkbox"/> 年調以外かつ 専修学校等
--	--

○ 雑損控除に関する事項 (㉖)

損 害 の 原 因	損 害 年 月 日	損害を受けた資産の種類など
	.	
損害金額	円	円
保険金などで 補填される 金 額	円	円
差引損失額 のうち災害関連 支出の金額		円

○ 寄附金控除に関する事項 (㉘)

寄附先の 名 称 等	寄 附 金
---------------	-------

第二表 (令和三年分以降) 〇 第一表は、第一表と一緒に提出してください。 〇 国民年金保険料や生命保険料の支払証明書など申告書に添付しなければならない書類は添付書類(台紙などに貼ってください)。

令和 03 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 埼玉県川口市赤井3-9-49 Avenir 201号室

氏 名 松岡 宗谷

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」)
被保険者の氏名、療養を受けた年月、療養を受けた者、療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称、被保険者等が支払った医療費の額、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

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

(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てんされる金額
松岡 千加子	かわぐちレディースクリニック	<input checked="" 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	69,970 円	円
松岡 千加子	ハート薬局 前川店	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費	2,370	
松岡 千加子	川口市立医療センター	<input checked="" 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	11,800	
松岡 千加子	川口薬剤師会センター薬局	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費	1,740	
松岡 千加子	大谷耳鼻咽喉科	<input checked="" 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	1,290	
松岡 千加子	川口薬剤師会センター薬局	<input checked="" 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	880	
松岡 千加子	川口市立医療センター	<input checked="" 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	200	
松岡 千加子	川口市立医療センター	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入 <input checked="" type="checkbox"/> その他の医療費	286,200	216,000
		<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			A 次業合計 ㊦ 374,450	B 次業合計 ㊧ 216,000

医 療 費 の 合 計	A (㊦+㊧) 円 374,450	B (㊧+㊨) 円 216,000
-------------	-------------------	-------------------

3 控除額の計算

支払った医療費	(合計) 374,450 円
保険金などで補てんされる金額	216,000
差引金額 (A - B)	(マイナスのときは0円) 158,450
所得金額の合計額	1,600,000
D × 0.05	(赤字のときは0円) 80,000
Eと10万円のいずれか少ない方の金額	80,000
医療費控除額 (C - F)	(最高200万円、赤字のときは0円) 78,450

A	
B	
C	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。
D	(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㊩の金額を転記します。
E	
F	
G	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。

令和03年分の所得税及び復興特別所得税の確定申告書B

控

税

埼玉県川口市赤井3-9-49
Avenir 201号室

住所
松岡 宗谷

フリガナ
マツオカ ソウヤ

○ 所得の内訳 (所得税及び復興特別所得税の源泉徴収税額)

所得の種類	種 目	給与などの支払者の「名称」及び「法人番号又は所在地」等	収 入 金 額	源泉徴収税額
給与		スペースナビ株式会社 東京都板橋区徳丸3-41-31 清春荘202号	円 2,400,000	円 18,300
④⑧ 源泉徴収税額の合計額			円 18,300	

○ 総合課税の譲渡所得、一時所得に関する事項 (⑪)

所得の種類	収 入 金 額	必要経費等	差 引 金 額
譲渡 (短期)	円	円	円
譲渡 (長期)			
一 時			

○ 特例適用条文等

○ 配偶者や親族に関する事項 (⑳～㉓)

氏 名	個 人 番 号	続 柄	生 年 月 日	障 害 者	国外居住	住 民 税	その他
松岡 千加子	個人番号は印字されません	配偶者	明・大 昭・平 61 . 6 . 27	障 特障	国外 年調	同一 別居	調整
松岡 実寿来	個人番号は印字されません	子	明・大 昭・平・令 3 . 12 . 14	障 特障	国外 年調	16 別居	調整
			明・大 昭・平・令 . .	障 特障	国外 年調	16 別居	調整
			明・大 昭・平・令 . .	障 特障	国外 年調	16 別居	調整
			明・大 昭・平・令 . .	障 特障	国外 年調	16 別居	調整
			明・大 昭・平・令 . .	障 特障	国外 年調	16 別居	調整

○ 事業専従者に関する事項 (㉔)

事業専従者の氏名	個 人 番 号	続 柄	生 年 月 日	従事月数・程度・仕事の内容	専従者給与(控除)額
			明・大 昭・平 . .		円
			明・大 昭・平 . .		

○ 住民税・事業税に関する事項

住民税	非上場株式の 少額配当等	非居住者の 特例	配当割額 控除額	株式等譲渡 所得割額控除額	特定配当等・特定 株式等譲渡所得の 全部の申告不要	給与、公的年金等以外の 所得に係る住民税の徴収方法	都道府県、市区町村 への寄附 (特例控除対象)	共同募金、日赤 その他の寄附	都道府県 条例指定寄附	市区町村 条例指定寄附
	円	円	円	円		特別徴収 自分で納付	円	円	円	円
事業税	非課税所得など 不動産所得から差し引いた 青色申告特別控除額	番号	所得 金額	円	損益通算の特例適用前の 不動産所得	円	前年中の 開(廃)業	開始・廃止 月日		
					事業用資産の譲渡損失など		他都道府県の事務所等			
上記の配偶者・親族・事業専従者の うち別居の者の氏名・住所										
氏名		住所		所得税で控除対象配偶者 などとした専従者	氏名		給与		円	

○ 社会保険料控除等に関する事項 (⑬～⑯)

	保 険 料 等 の 種 類	支 払 保 険 料 等 の 計	うち年末調整等以外
⑬ 社会保険料控除		円	円
⑭ 小規模掛 規共金 模済控 企等除		円	円
⑮ 生命保 険料 控除	新 生 命 保 険 料	円	円
	旧 生 命 保 険 料		
	新 個 人 年 金 保 険 料		
	旧 個 人 年 金 保 険 料		
	介 護 医 療 保 険 料		
⑯ 地 料 農 保 険 除	地 震 保 険 料	円	円
	旧 長 期 損 害 保 険 料		

○ 本人に関する事項 (⑰～⑳)

寡婦	ひとり親	勤労学生	障害者	特別障害者
<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未 帰 還		<input type="checkbox"/> 年調以外かつ 専修学校等		

○ 雑損控除に関する事項 (㉖)

損 害 の 原 因	損 害 年 月 日	損害を受けた資産の種類など
	.	
損害金額	円	円
	保険金などで 補填される 金 額	円
		差引損失額の うち災害関連 支出の金額

○ 寄附金控除に関する事項 (㉘)

寄附先の 名 称 等	寄 附 金	円
---------------	-------	---

第二表 ○ この用紙は控用です。

令和 03 年分 医療費控除の明細書【内訳書】（控）

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 埼玉県川口市赤井3-9-49 Avenir 201号室

氏 名 松岡 宗谷

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」)
被保険者の氏名、療養を受けた年月、療養を受けた者、療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称、被保険者等が支払った医療費の額、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

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

(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てんされる金額
松岡 千加子	かわぐちレディースクリニック	<input checked="" 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	69,970 円	円
松岡 千加子	ハート薬局 前川店	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費	2,370	
松岡 千加子	川口市立医療センター	<input checked="" 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	11,800	
松岡 千加子	川口薬剤師会センター薬局	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費	1,740	
松岡 千加子	大谷耳鼻咽喉科	<input checked="" 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	1,290	
松岡 千加子	川口薬剤師会センター薬局	<input checked="" 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	880	
松岡 千加子	川口市立医療センター	<input checked="" 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	200	
松岡 千加子	川口市立医療センター	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入 <input checked="" type="checkbox"/> その他の医療費	286,200	216,000
		<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			A 次業合計 374,450	B 次業合計 216,000

医 療 費 の 合 計	A (㊦+㊧) 円 374,450	B (㊨+㊩) 円 216,000
-------------	----------------------	----------------------

3 控除額の計算

支払った医療費	(合計) 374,450 円
保険金などで補てんされる金額	216,000
差引金額 (A - B)	(マイナスのときは0円) 158,450
所得金額の合計額	1,600,000
D × 0.05	(赤字のときは0円) 80,000
Eと10万円のいずれか少ない方の金額	80,000
医療費控除額 (C - F)	(最高200万円、赤字のときは0円) 78,450

A	
B	
C	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。
D	(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㊸の金額を転記します。
E	
F	
G	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、控用です。



国税をコンビニエンスストアで納付する際に、
ご利用いただくQRコードです。



Loppi用

LAWSON

FamilyMart

Famiポート用

利用可能店舗
(Loppi設置店舗のみ)

- ・ローソン
- ・ナチュラルローソン
- ・ミニストップ



利用可能店舗
(Famiポート設置店舗のみ)

- ・ファミリーマート

この書面に印刷されたQRコードをコンビニエンスストアの端末で読み取り、端末から出力されるバーコードをレジ(窓口)にお持ちいただき、現金で納付してください(このQRコードをレジに直接お持ちいただいても、納付はできませんのでご注意ください)。



～Loppiのご利用方法～

「Loppi専用コードをお持ちの方」を選択
QRコードを端末で読取
表示された納税情報確認画面を確認後、
「了解」を選択
バーコードが出力されます。

～Famiポートのご利用方法～

「金融サービス/国際送金など」を選択
「国税の納付」を選択
QRコードを端末で読取
表示された納税情報確認画面を確認後、
「OK」を選択
バーコードが出力されます。

QRコードによるコンビニ納付は、国税庁長官が指定した納付受託者(コンビニエンスストア)へ納付を委託することにより国税を納付する手続です。

QRコードには以下の情報が含まれていますので、誤りがないことをご確認ください。

なお、コンビニ納付する際には使用しませんので、キリトリ線から上を切り離し、コンビニエンスストアに持参することをお勧めします。

納付先税務署：川口 税務署

整理番号：02809493

住所(所在地)：埼玉県川口市赤井3-9-49 Avenir 201号室

氏名(名称)：松岡 宗谷

納付税目：申告所得税及復興特別所得税

課税期間：令和3年分

申告区分：確定申告

納税額内訳：本税 15,400 円、重加算税 円、加算税 円、
利子税 円、延滞税 円

納税額合計：15,400 円

提出書類等のご案内（この紙は提出不要です）

補完記入	文字数制限で入力できなかった項目や、正しく印字されていない項目は手書きで記入してください。
------	---

添付書類の提出準備	以下の添付書類を準備してください。
	本人確認書類 例1：マイナンバーカードの写しのみ 例2：通知カード + 運転免許証や公的医療保険の被保険者証（ ）などの写し
	公的医療保険の被保険者証の場合、写しの保険者番号及び被保険者等記号・番号部分をマスキング（塗りつぶし）してください。

確定申告書の提出	提出書類	印刷した提出用の申告書等や上記添付書類
	提出先	住所地の所轄の税務署（右下に表示されている税務署）
	提出期間	令和4年2月16日(水)から3月15日(火) ただし、還付申告書は令和4年1月から提出可能
	提出方法	以下のいずれかの方法で提出してください。 ・郵便又は信書便で送付（送料は負担願います。） ・税務署の受付に持参 ・税務署の時間外収受箱へ投函
	控用の申告書に収受日付印が必要な方	控用の申告書を、提出用の申告書と併せて提出してください。 税務署の受付に持参しない場合は、返信用封筒に所要額の切手を貼って一緒に提出してください。
<p>（注1） 郵便又は信書便で送付する方は、通信日付印が令和4年3月15日(火)以前になるように送付してください。</p> <p>（注2） 申告書の控えに押なつた収受日付印は収受の事実を確認するものであり、内容を証明するものではありません。証明が必要な方は納税証明書をご利用ください。</p>		

納付方法

令和3年分の所得税及び復興特別所得税の申告と納税は、令和4年3月15日(火)までです。

申告書の提出後に、税務署から納付書の送付や納税通知等のお知らせはありませんので、振替納税（期限内に申告された方に限ります）、電子納税、クレジットカード納付、コンビニQR納付又は金融機関等での窓口納付のいずれかの方法で、期限内に納付してください。

詳しくは、国税庁ホームページをご確認ください。

提出先（郵送等で提出する際に切り離してご利用ください。）

3 3 2 - 8 6 6 6

川口市青木2丁目2番17号

川口税務署 行