

FA2200

住所	810-0001 個人番号	生年 月日	3	59	01	01
(又は事業所 事務所 居所など)	福岡県福岡市中央区天神9丁目	フリガナ	シャ チョウ			
	99-999	氏名	社長			
令和3年1月1日 の住居	同上	職業	屋号・雅号	世帯主の氏名	世帯主との続柄 社長 本人	
(単位は円)	種類	特農の示	整理番号	電話番号	自宅・勤務先・携帯 092-999-9999	

第一表 (令和二年分以降用)

収入金額等	事業等	①	
	農業	②	
	不動産	③	
	利子	④	
	配当	⑤	
	給与	⑥	4200000
	公的年金等	⑦	
	業務	⑧	
	その他	⑨	
	総合譲渡一時	⑩	
所得金額等	事業等	①	
	農業	②	
	不動産	③	
	利子	④	
	配当	⑤	
	給与	⑥	2920000
	公的年金等	⑦	
	業務	⑧	
	その他	⑨	
	⑦から⑩までの計	⑩	
総合譲渡一時 ⑩ + {(⑪ + ⑫) × 1/2}	⑪		
⑩から⑪までの計 + ⑪ + ⑫	⑫	2920000	
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	
	寡婦、ひとり親控除	⑰	0000
	勤労学生、障害者控除	⑱	0000
	配偶者(特別)控除	⑲	0000
	扶養控除	⑳	0000
	基礎控除	㉑	0000
	⑬から㉑までの計	㉒	1637155
雑損控除	㉓		
医療費控除	㉔	300000	
寄附金控除	㉕		
合 計 (㉒ + ㉓ + ㉔ + ㉕)	㉖	1937155	

税金の計算	課税される所得金額 (12 - 29) 又は第三表 上の㉑に対する税額 又は第三表の㉑	⑳	982000
	上の㉑に対する税額 又は第三表の㉑	㉑	49100
	配当控除	㉒	
	区分	㉓	
	(特定増徴等)区分 住宅借入金等 特別控除	㉔	00
	政党等寄附金等特別控除	㉕	
	住宅耐震改修 特別控除等	㉖	
	差引所得税額 (㉑ - ㉒ - ㉓ - ㉔ - ㉕ - ㉖)	㉗	49100
	災害減免額	㉘	
	再差引所得税額(基準所得税額) (㉗ - ㉘)	㉙	49100
復興特別所得税額 (㉙ × 2.1%)	㉚	1031	
所得税及び復興特別所得税の額 (㉙ + ㉚)	㉛	50131	
外国税額控除等	㉜		
源泉徴収税額	㉝	65400	
申告納税額 (㉛ - ㉜ - ㉝)	㉞	-15269	
予定納税額 (第1期分・第2期分)	㉟		
第3期分の税額 (㉞ - ㉟) 納める税金	㊱	00	
還付される税金	㊲	15269	
その他の	公的年金等以外の 合計所得金額	㊳	
	配偶者の合計所得金額	㊴	
	専従者給与(控除)額の合計額	㊵	
	青色申告特別控除額	㊶	
	雑所得・一時所得等の 源泉徴収税額の合計額	㊷	
	未納付の源泉徴収税額	㊸	
	本年分で差し引く繰越損失額	㊹	
	平均課税対象金額	㊺	
	変動・臨時所得金額	㊻	
	延届納の出	㊼	00
申告期限までに納付する金額	㊽	00	
延納届出額	㊾	00	
還付される税金の場所	銀行 金庫・組合 農協・漁協	本店・支店 出張所 本所・支所	
郵便局名等	預金 普通 当座 納税準備 貯蓄		
口座番号	記号番号	1111111	
区分		1	
異動			4
管理	名簿		
補完			
整理欄			
税理士 署名押印 電話番号			
税理士法曹 30条 33条の2			

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

住所 (又は事業所 事務所 居所など)	福岡県福岡市中央区天神9丁目 99-999	フリガナ	シャ チョウ
		氏名	社長

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

《ご本人のマイナンバーを確認できる書類の写し》
・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。)

などのうちいずれか1つ



身元確認書類

《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》
・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

などのうちいずれか1つ

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、この台紙にの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02年分の所得税及び復興特別所得税の確定申告書B

住所: 福岡県福岡市中央区天神9丁目99-999
フリガナ: シャ チョウ 社長

所得の内訳 (所得税及び復興特別所得税の源泉徴収税額)

Table with 5 columns: 所得の種類, 種目, 給与などの支払者の名称・所在地等, 収入金額, 源泉徴収税額. Includes entry for 給与 with amount 4,200,000 and tax 65,400.

④⑧ 源泉徴収税額の合計額 65,400

総合課税の譲渡所得、一時所得に関する事項 (11)

Table with 4 columns: 所得の種類, 収入金額, 必要経費等, 差引金額. Includes entries for 譲渡 (短期), 譲渡 (長期), and 一時.

特例適用条文等

Blank box for special provisions.

配偶者や親族に関する事項 (20~23)

Table with 8 columns: 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. Includes entry for 子の氏名 with birth date 25.1.1.

事業専従者に関する事項 (55)

Table with 6 columns: 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.

住民税・事業税に関する事項

Table with 9 columns: 住民税 (非上場株式の少額配当等を含む配当所得の金額, 非居住者, 配当割額控除額, 株式等譲渡所得割額控除額, 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, 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).

Table with 4 columns: 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), 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, 他都道府県の事務所等.

Table with 4 columns: 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の氏名, 氏名, 給与, 一連番号.

保険料控除等に関する事項 (13~16)

Table with 4 columns: 保険料等の種類, 支払保険料等の計, うち年末調整等以外. Includes entries for 社会保険料控除, 小企業掛元共済掛元控除, 生命保険料控除 (新生命保険料, 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), 地震保険料, 旧長期損害保険料.

本人に関する事項 (17~20)

Form with checkboxes for 死別, 生不明, 離婚, 未帰還, 年調以外かつ専修学校等.

雑損控除に関する事項 (26)

Table with 3 columns: 損害の原因, 損害年月日, 損害を受けた資産の種類など. Includes sub-table for 損害金額, 保険金などで補填される金額, 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)

Table with 2 columns: 寄附先の名称等, 寄附金.

第二表 (令和一年分以降) 第一表と一緒に提出してください。○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 02 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 福岡県福岡市中央区天神9丁目99-999

氏 名 社 長

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 ㉞	円 ㉟	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
社長	A 医院	<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 checked="" type="checkbox"/> その他の医療費	101,700 円	
社長	B 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	6,120	
社長	C 歯科	<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	6,030	
社長	D 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	2,450	
妻	C 歯科	<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	5,340	
妻	D 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	3,130	
妻	E 産婦人科	<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 checked="" type="checkbox"/> その他の医療費	682,540	420,000
子	C 歯科	<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	3,900	
子	D 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	2,180	
子	F 小児科	<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	6,610	
2 の 合 計			A 次業合計 820,000 円	B 次業合計 420,000 円
医 療 費 の 合 計			A ((㉞)+(㉟)) 820,000 円	B ((㉟)+(㊱)) 420,000 円

3 控除額の計算

支払った医療費 (合計)	820,000 円
保険金などで補てんされる金額	420,000
差引金額 (A - B)	400,000 (マイナスのときは0円)
所得金額の合計額	2,920,000
D × 0.05 (赤字のときは0円)	146,000
Eと10万円のいずれか少ない方の金額	100,000
医療費控除額 (C - F)	300,000 (最高200万円、赤字のときは0円)

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、申告書と一緒に提出してください。

福岡 税務署長 令和 3 年 1 月 25 日 令和 02 年分の 所得税及び 復興特別所得税 の 確定申告書 B

住所 〒 810-0001 個人番号 控えに個人番号の記載は必要ありません 生年月日 3 5 9 . 0 1 . 0 1

福岡県福岡市中央区天神 9 丁目 フリガナ シ ャ チ ョ ウ

氏名 社長

令和 3 年 1 月 25 日 同 上 職業 屋号・雅号 世帯主の氏名 社長 世帯主との続柄 本人

(単位は円) 種類 青色 分離 国出 損失 修正 特農の示 特農 整理 番号

電話番号 (自宅)・勤務先・携帯 092-999-9999

第一表 この用紙は控用です。

収入金額等	事業等	①								
	業農	②								
	不動産	③								
	利子	④								
	配当	⑤								
	給与	⑥			4	2	0	0	0	0
	公的年金等	⑦								
	雑業務	⑧								
	その他	⑨								
	総合譲渡	⑩								
所得金額等	事業等	⑪								
	業農	⑫								
	不動産	⑬								
	利子	⑭								
	配当	⑮								
	給与	⑯			2	9	2	0	0	0
	公的年金等	⑰								
	雑業務	⑱								
	その他	⑲								
	⑰から⑲までの計	⑳			2	9	2	0	0	0
所得から差し引かれる金額	社会保険料控除	㉑								
	小規模企業共済等掛金控除	㉒								
	生命保険料控除	㉓								
	地震保険料控除	㉔								
	寡婦、ひとり親控除	㉕					0	0	0	
	勤労学生、障害者控除	㉖					0	0	0	
	配偶者(特別)控除	㉗					0	0	0	
	扶養控除	㉘					0	0	0	
	基礎控除	㉙					0	0	0	
	⑬から㉙までの計	㉚			1	6	3	7	1	5
雑損金額	雑損控除	㉛								
	医療費控除	㉜			3	0	0	0	0	
	寄附金控除	㉝								
	合計	㉞			1	9	3	7	1	5
	(㉚ + ㉛ + ㉜ + ㉝)				1	9	3	7	1	5

税金の計算	課税される所得金額 (12 - 29) 又は第三表 (30)	①			9	8	2	0	0	0
	上の①に対する税額又は第三表の②	②			4	9	1	0	0	
	配当控除	③								
	区分 (33)	③								
	(特定増改修等) 住宅購入控除 区分 1 (34)	④						0	0	
	政党等寄附金等特別控除 (35)	⑤								
	住宅耐震改修特別控除等 (36)	⑥								
	差引所得税額 (37 - 40)	⑦			4	9	1	0	0	
	災害減免額	⑧								
	再差引所得税額 (基準所得税額) (41 - 42)	⑨			4	9	1	0	0	
復興特別所得税額 (43 × 2.1%)	⑩			1	0	3	1			
所得税及び復興特別所得税の額 (43 + 44)	⑪			5	0	1	3	1		
外国税額控除等 (45 - 47)	⑫									
源泉徴収税額	⑬			6	5	4	0	0		
申告納税額 (48 - 49)	⑭			-	1	5	2	6	9	
予定納税額 (第1期分・第2期分)	⑮									
第3期分 納める税金の税額 (49 - 50)	⑯						0	0		
還付される税金 (50)	⑰			△	1	5	2	6	9	
その他の	公的年金等以外の合計所得金額	⑱								
	配偶者の合計所得金額	⑲								
	専従者給与(控除)額の合計額	㉑								
	青色申告特別控除額	㉒								
	雑所得・一時所得等の源泉徴収税額の合計額	㉓								
	未納付の源泉徴収税額	㉔								
	本年分で差し引く繰越損失額	㉕								
	平均課税対象金額	㉖								
	変動・臨時所得金額 (区分)	㉗								
	延届納の出 申告期限までに納付する金額	㉘						0	0	
延届届出額	㉙						0	0		
還付される税金の場所	銀行・組合 金庫・農協									
郵便局名等										
口座番号	1 1 1 1 1 1 1									
記号番号										

④・⑤・⑨・⑩・⑪・⑫の記入をお忘れなく。

税理士 署名押印 電話番号

税理士法務事務所 30条 33条の2

整理番号

令和 02 年分の 所得税及び復興特別所得税の確定申告書 B

福岡県福岡市中央区天神9丁目 99-999 シャ チョウ 社長

○ 保険料控除等に関する事項 (13 ~ 16)

Table with columns: 保険料等の種類, 支払保険料等の計, うち年末調整等以外. Rows include 社会保険料控除, 小規模掛金積立控除等, 新生命保険料, 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, 地震保険料, 旧長期損害保険料.

第二表 ○ この用紙は控用です。

○ 所得の内訳 (所得税及び復興特別所得税の源泉徴収税額)

Table with columns: 所得の種類, 種目, 給与などの支払者の名称・所在地等, 収入金額, 源泉徴収税額. Row for 給与 from サンプル 福岡市中央区天神9丁目99-999.

④⑧ 源泉徴収税額の合計額 65,400

○ 本人に関する事項 (17 ~ 20)

Form for personal status: 寡婦, 勤労学生, ひとり親, 障害者, 特別障害者. Includes checkboxes for 死別, 生不明, 離婚, 未帰還, 年調以外かつ専修学校等.

○ 総合課税の譲渡所得、一時所得に関する事項 (11)

Table with columns: 所得の種類, 収入金額, 必要経費等, 差引金額. Rows for 譲渡(短期), 譲渡(長期), 一時.

○ 雑損控除に関する事項 (26)

Table with columns: 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, 保険金などで補填される金額, 差引損失のうち災害関連支出の金額.

○ 特例適用条文等

Blank box for special provisions.

○ 寄附金控除に関する事項 (28)

Form for donation tax credit: 寄附先の名称等, 寄附金.

○ 配偶者や親族に関する事項 (20 ~ 23)

Table for family members with columns: 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. Includes 子 (child) with details.

○ 事業専従者に関する事項 (55)

Table for business dependents with columns: 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.

○ 住民税・事業税に関する事項

Table for municipal taxes with columns: 住民税 (非上場株式の少額配当等を含む配当所得の金額, 非居住者, 配当割額控除額, 株式等譲渡所得割額控除額, 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, 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).

Table for business taxes with columns: 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), 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, 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

令和 02 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 福岡県福岡市中央区天神9丁目99-999

氏名 社長

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 ㉞	円 ㉟	円

2 医療費(上記1以外)の明細

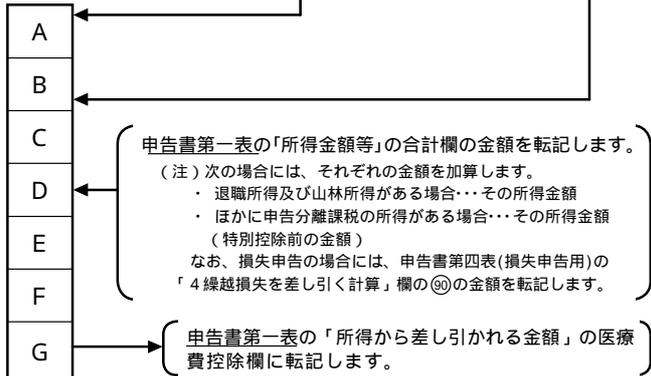
「領収書1枚ごと」ではなく、「医療を受けた方」、「病院等」ごとにまとめて記入できます。

(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
社長	A 医院	<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 checked="" type="checkbox"/> その他の医療費	101,700 円	
社長	B 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	6,120	
社長	C 歯科	<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	6,030	
社長	D 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	2,450	
妻	C 歯科	<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	5,340	
妻	D 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	3,130	
妻	E 産婦人科	<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 checked="" type="checkbox"/> その他の医療費	682,540	420,000
子	C 歯科	<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	3,900	
子	D 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	2,180	
子	F 小児科	<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	6,610	
2 の 合 計			A 次業合計 820,000 円	B 次業合計 420,000 円

医療費の合計	A (㉞+㉟) 820,000 円	B (㉟+㊱) 420,000 円
--------	-------------------	-------------------

3 控除額の計算

支払った医療費 (合計)	820,000 円
保険金などで補てんされる金額	420,000
差引金額 (A - B)	400,000 (マイナスのときは0円)
所得金額の合計額	2,920,000
D × 0.05 (赤字のときは0円)	146,000
Eと10万円のいずれか少ない方の金額	100,000
医療費控除額 (C - F)	300,000 (最高200万円、赤字のときは0円)



この明細書は、控用です。

提出書類等のご案内（この紙は提出不要です）

補完記入・押印	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。申告書第一表などの氏名欄の右側にある㊟の箇所に押印してください。
---------	---

添付書類の提出準備	添付する書類はありません。
-----------	---------------

確定申告書の提出	提出書類	印刷した提出用の申告書等
	提出先	郵便又は信書便で送付する場合：右下に表示されている宛先 税務署の受付又は時間外収受箱へ提出する場合：住所地の所轄税務署
	提出期間	令和3年2月16日(火)から3月15日(月) ただし、還付申告書は令和3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。

(注1) 郵便又は信書便で送付する方は、通信日付印が令和3年3月15日(月)以前になるように送付してください。
(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。

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。）

還付金の振込について 還付金の振込先口座は、申告された方の本人名義に限ります（店名、事務所名などの名称（屋号）が含まれる場合や名義が旧姓の場合は振込みできない場合があります。）。 なお、一部のインターネット専用銀行については、還付金の振込みができませんので、振込みの可否について、あらかじめご利用の金融機関にご確認ください。

8 1 0 - 8 6 7 4

福岡市中央区天神
4丁目8番28号
福岡税務署内

福岡国税局管内税務署事務センター
(福岡税務署) 行