

訂正する場合は二重線で抹消してください。

(市区町村提出用)

										※ 種 別										※ 整 理 番 号										※																																																																																																			
支 払 を受け る 者										※ 区 分										(受給者番号)																																																																																																													
										住 所										(個人番号)																																																																																																													
																				氏 名										(役職名)																																																																																																			
																														(フリガナ)																																																																																																			
種 別										支 払 金 額										給与所得控除後の金額 (調整控除後)										所得控除の額の合計額										源 泉 徴 収 税 額																																																																																									
										内 千 円										円										円										内 千 円										円																																																																															
(源泉)控除対象配偶者の有無等										配 偶 者 (特 別) 控 除 の 額										控除対象扶養親族の数 (配偶者を除く。)										16歳未満 扶養親族 の数										障害者の数 (本人を除く。)										非居住者である 親族の数																																																																															
																																																												老 人										特 定										老 人										そ の 他																																							
																																																												有										従有										人										人										人										人																			
																																																																																円										円										円										円																			
社会保険料等の金額										生命保険料の控除額										地震保険料の控除額										住宅借入金等特別控除の額																																																																																																			
内 千 円										円										円										円										円																																																																																									
(摘要)																																																																																																																																	
生命保険料の内訳										新生命保険料の金額										旧生命保険料の金額										介護医療保険料の金額										新個人年金保険料の金額										旧個人年金保険料の金額																																																																															
住宅借入金等特別控除適用数										住宅借入金等特別控除可能額										居住開始年月日(1回目)										住宅借入金等特別控除区分(1回目)										住宅借入金等年末残高(1回目)																																																																																									
住宅借入金等特別控除可能額										円										居住開始年月日(2回目)										住宅借入金等特別控除区分(2回目)										住宅借入金等年末残高(2回目)																																																																																									
(フリガナ)										氏名										個人番号										区分										配偶者の合計所得										基礎控除の額										国民年金保険料等の金額										旧長期損害保険料の金額										所得金額調整控除額																																																	
1										氏名										個人番号										区分										16歳未満の扶養親族										5人目以降の控除対象扶養親族の個人番号																																																																															
2										氏名										個人番号										区分																																																																																																			
3										氏名										個人番号										区分																																																																																																			
4										氏名										個人番号										区分																																																																																																			
未成人者										外国人										死亡退職										災害者										乙欄										本人が障害者										寡婦										ひとり親										勤労学生										中途就・退職										受給者生年月日																													
支払者										個人番号又は法人番号										住所(居所)又は所在地										氏名又は名称										電話番号										(右詰で記載してください。)																																																																															

(摘要)に前職分の加算額、支払者等を記入してください。 「支払者」の欄に社印・代表者印等の押印をしないでください。