

※												※種別												※整理番号												※											
支払を受ける者	住所	※区分												(受給者番号)																																	
		(個人番号)												(役職名)																																	
		氏名												(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																															
給料・賞与				千円				千円				千円				千円																															
(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		千円		特定		老人		その他		特別		その他		人																																	
◎有		従有		千円		人		人		人		人		人																																	
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																																			
千円				千円				千円				千円																																			
(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の内訳				住宅借入金等特別控除適用数				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)																															
				千円				年 月 日				千円				千円																															
(フリガナ)		氏名		区分		配偶者の合計所得						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																															
個人番号												基礎控除の額																																			
1		(フリガナ)		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																																			
		氏名																																													
		個人番号																																													
2		(フリガナ)		区分																																											
		氏名																																													
		個人番号																																													
3		(フリガナ)		区分																																											
		氏名																																													
		個人番号																																													
4		(フリガナ)		区分																																											
		氏名																																													
		個人番号																																													
⑦ 未成年者		外国人		死亡退職		災害者		乙欄		本人が障害者		⑩ 寡婦		⑪ ひとり親		⑫ 勤労学生																															
										特別		その他																																			
				中途就・退職				受給者生年月日																																							
				就職 退職 年 月 日				元号 年 月 日																																							
支払者		個人番号又は法人番号				(右詰めで記載してください。)																																									
		住所(居所)又は所在地																																													
		氏名又は名称				(電話)																																									

(市区長村提出用)

以下に該当するかたは必要事項を摘要欄に記載してください

- ①前職分の加算額、支払者等
 - ②所得税の定額減税控除済額、控除しきれなかった額
 - ③合計所得金額が1,000万円超である居住者の同一生計配偶者分の特別控除を実施した旨
- ※同一生計配偶者が障害者、特別障害者又は同居特別障害者に該当する場合、「摘要欄」には、同一生計配偶者の氏名及び同一生計配偶者である旨を記載することとされていますが、この場合当該非控除対象配偶者分を年調減税額の計算に含めた場合には、「減税有」の追記で差し支えありません。