

※												※種別												※整理番号												※																																																																							
支払を受ける者												住所												(受給者番号)												(支給者番号)																																																																							
氏名												(フリガナ)												(個人番号)												(役職名)																																																																							
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												円												円												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																																															
有												従有												円												円												円												円												円																																			
社会保険料等の金額												円												生命保険料の控除額												円												地震保険料の控除額												円												住宅借入金等特別控除の額												円																							
(摘要)																																																																																																											
生命保険料の内訳												円												円												円												円												円																																															
住宅借入金等特別控除の内訳												円												円												円												円												円																																															
控除対象配偶者												氏名												区分												配偶者の合計所得												円												円																																															
控除対象扶養親族												氏名												区分												16歳未満の扶養親族												円												円																																															
未就業者												外国人												死亡退職												災害者												乙欄												本人が障害者												その他												ひとり親												勤労学生											
支払者												個人番号又は法人番号												(右詰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)																																															

(適要)に前職分の加算額、支払者等を記入してください。

(市区町村提出用)

支払を受ける者												住所又は居所												(受給者番号)												(支給者番号)																																																																							
氏名												(フリガナ)												(個人番号)												(役職名)																																																																							
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												円												円												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																																															
有												従有												円												円												円												円																																															
社会保険料等の金額												円												生命保険料の控除額												円												地震保険料の控除額												円												住宅借入金等特別控除の額												円																							
(摘要)																																																																																																											
生命保険料の内訳												円												円												円												円												円																																															
住宅借入金等特別控除の内訳												円												円												円												円												円																																															
控除対象配偶者												氏名												区分												配偶者の合計所得												円												円																																															
控除対象扶養親族												氏名												区分												16歳未満の扶養親族												円												円																																															
未就業者												外国人												死亡退職												災害者												乙欄												本人が障害者												その他												ひとり親												勤労学生											
支払者												個人番号又は法人番号												(右詰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)																																															

(適要)に前職分の加算額、支払者等を記入してください。