

※ 種 別										※ 整理番号										※																																							
支払を受ける者															住所															※ 区分															(受給者番号)														
															氏名															フリガナ															(個人番号)														
															氏名															フリガナ															(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					所得控除の額の合計額					源泉徴収税額																																							
給料・賞与					A内 千 円 円					千 円 円					千 円 円					千 円 円																																							
控除対象配偶者					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 ⑤					⑥ 千 円 ⑦					特 定 人 従人 ⑧ 内 ⑨ 人 従人 ⑩					⑪ 人 従人 ⑫					⑬ 人 従人 ⑭					⑮ 内 ⑯ 人 ⑰ 人 ⑱ 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																																												
⑲内 千 円 ⑳					千 円 ㉑					千 円 ㉒					千 円					千 円																																							
(摘要)																																																											
生命保険料の金額の内訳					新生命保険料の金額 ㉓ 円					旧生命保険料の金額 ㉔ 円					介護医療保険料の金額 ㉕ 円					新個人年金保険料の金額 ㉖ 円					旧個人年金保険料の金額 ㉗ 円																																		
住宅借入金等特別控除の額の内訳					住宅借入金等特別控除適用数					居住開始年月日(1回目) 年 月 日					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) 年 月 日					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)																																							
控除対象配偶者					(フリガナ)					氏名					区分					配偶者の合計所得 円					国民年金保険料等の金額 円					旧長期損害保険料の金額 円																													
					氏名					区分					個人番号																																												
控除対象扶養親族					1 (フリガナ)					氏名					区分					5人目以降の控除対象扶養親族の個人番号																																							
					2 (フリガナ)					氏名					区分																																												
					3 (フリガナ)					氏名					区分					5人目以降の16歳未満の扶養親族の個人番号																																							
					4 (フリガナ)					氏名					区分																																												
					個人番号																																																						
学 未 成 年 者					死 亡 退 職					乙 欄					本人が障害者					寡 婦					フ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺					中途就・退職					受 給 者 生 年 月 日																								
外国人					災 害 者					リ 特 ㉘ そ の 他					ル ー ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺					寡 夫 ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺					就 職 退 職 年 月 日					明 大 昭 平 年 月 日																													
																									28																																		
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)																																		

(摘要)に前職分を加算額、支払者等を記入してください。