

給与支払報告書(個人別明細書)

訂正する場合は「重線で抹消してください。」

(市区町村提出用)

|                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ※ 区 分               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ※ 受給者番号              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支払を受ける者住所           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名 (フリガナ)            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 種 別                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 所得控除の額の合計額           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支 払 金 額             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 源泉徴収税額               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 源泉控除対象配偶者の有無等       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 控除対象扶養親族の数 (配偶者を除く。) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 配 偶 者 (特 別) 控 除 の 額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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 既 有               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 特 別 其 他              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 社会保険料等の金額           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 住宅借入金等特別控除の額         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生命保険料の控除額           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 地震保険料の控除額            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (摘要)                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 住宅借入金等特別控除区分 (1回目)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住宅借入金等特別控除区分 (2回目)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 住宅借入金等特別控除区分 (2回目)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 源泉・特別控除対象配偶者        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 配偶者の合計所得             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 国民年金保険料等の金額          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 基礎控除の額               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 旧長期損害保険料の金額          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 所得金額調整控除額            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5人目以降の控除対象扶養親族の個人番号  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 乙 欄                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 中途就・退職               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 外国人                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 受給者生年月日              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 死亡退職                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 就職 退職 年 月 日          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 災害者                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 元号 年 月 日             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本人が障害者              |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 特別                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 寡婦                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ひとり親                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 勤労学生                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 未成年者                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支 払 者               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (右詰で記載してください。)       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(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。