

日期 时间	F A 2 3 0 4
--	---

住 所 _____
 姓 名 _____

所得の種類	種 別	給付などの支払金の「名称」及び「法人番号又は所在地」等	収 入 金 額	源泉徴収額
			円	
			⑤ 源泉徴収額の合計額	

所得の種類	収 入 金 額	必要経費等	差 引 金 額
	円	円	円

⑬ 社会保険料控除	保険料等の種類	支払保険料等の計	うち年末調整等以外
		円	円
	⑭ 生命保険料控除		
	新生生命保険料	円	円
⑮ 生命保険料控除	旧生命保険料		
	新個人年金保険料		
	旧個人年金保険料		
	介護医療保険料		
⑯ 地産地消推進税	地産地消推進税	円	円
	旧長期積立保険料		

お本人に関する事項 ①～⑧	家族	ひとり親	障害学生	障害者	特別障害者
	☐ 配偶者 ☐ 生計共同 ☐ 離婚 ☐ 未婚者				

○ 年報以外かつ専修学校等

○ 雑損控除に関する事項 (29)

被害の種類	被害の年月日	被害を受けた資産の種類など
	-	

損害金額	保険金などを 受領される 額	円	被害の種類 の状況 など の 内容	円
------	----------------------	---	-------------------------------	---

○ 寄附金控除に関する事項 (30)

寄附先 の 名 称 等	寄附金	円
-------------------------	-----	---

特例適用

[illegible][illegible][illegible]

氏 名	個 人 番 号										続柄	生 年 月 日	障 害 者	国外居住	住宅	住 民 税	その					
											配偶者	明・大昭・平	・	・	(障)	特障	国外	年満	特価	前1	利彦	
												明・大昭・平・令	・	・	(障)	特障		年満	特価	16	利彦	
												明・大昭・平・令	・	・	(障)	特障		年満	特価	16	利彦	
												明・大昭・平・令	・	・	(障)	特障		年満	特価	16	利彦	
												明・大昭・平・令	・	・	(障)	特障		年満	特価	16	利彦	
												明・大昭・平・令	・	・	(障)	特障		年満	特価	16	利彦	

扶養親族が16歳未満である場合、
赤で色付けされている箇所には○を付ける。