

8

給与支払報告書(個人別明細書)

+

訂正する場合は二重線で抹消してください。

+

(市区町村提出用)

※															※ 種 別										※ 整 理 番 号										※									
※ 区 分															(受給者番号)																													
															(個人番号)																													
															(役職名)																													
															(フリガナ)																													
支 払 を 受 け る 者 所 住 氏 名															氏 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																								
					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					控除対象扶養親族等の数 (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					特 定 老 人					特 定 老 人					特 定 老 人					特 定 老 人					特 定 老 人					特 定 老 人														
有 徒 有					円					円					円					円					円					円														
特定親族特別控除の額					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																								
円					円					円					円					円					円																			
(摘要)																																												
生命保険料の金額の内訳																																												
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)																																												
住宅借入金等特別控除可能額																																												
居住開始年月日(2回目)																																												
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)																																												
(フリガナ)																																												
氏 名																																												
個人番号																																												
配偶者の合計所得																																												
国民年金保険料等の金額																																												
旧長期振替保険料の金額																																												
基礎控除の額																																												
所得金額																																												
調整控除額																																												
5人目以降の控除対象扶養親族等の個人番号																																												
1 氏 名																																												
個人番号																																												
2 氏 名																																												
個人番号																																												
3 氏 名																																												
個人番号																																												
4 氏 名																																												
個人番号																																												
5人目以降の16歳未満の扶養親族の個人番号																																												
16歳未満の扶養親族																																												
未 成 年 者																																												
外 国 人																																												
死 亡 退 職																																												
災 害 者																																												
乙 欄																																												
本人が障害者																																												
特 別																																												
そ の 他																																												
寡 婦																																												
ひとり親																																												
勤 労 学 生																																												
中 途 就 ・ 退 職																																												
受 給 者 生 年 月 日																																												
就職 退職																																												
年 月 日																																												
元号																																												
年 月 日																																												
7																																												
(右詰で記載してください。)																																												
支 払 者																																												
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)																																												
(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。																																												