

給与支払報告書(個人別明細書)

※ 種 別										※ 整理番号										※																																																						
支払を受ける者															住所															氏名																																												
支 払 住 所															住 所															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														

(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 徒有 老人										千 円										特 定 老 人 其 他 人 徒 人 徒 人										人										特 別 其 他 人 人										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														
千 円															千 円															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										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									
千 円										千 円										千 円										千 円										千 円																			

住宅借入金等特別控除の適用数										住宅借入金等特別控除の額										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)									
千 円										千 円										千 円										千 円									

(源泉)特別控除対象配偶者										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										基礎控除の額										旧長期損害保険料の金額										所得金額調整控除額									
(フリガナ)										区 分										区 分										千 円										千 円										千 円										千 円																			

1										氏名										個人番号										16歳未満の扶養親族										5人目以降の控除対象扶養親族の個人番号									
(フリガナ)										区 分										区 分										千 円										千 円									

2										氏名										個人番号										16歳未満の扶養親族										5人目以降の控除対象扶養親族の個人番号									
(フリガナ)										区 分										区 分										千 円										千 円									

3										氏名										個人番号										16歳未満の扶養親族										5人目以降の控除対象扶養親族の個人番号									
(フリガナ)										区 分										区 分										千 円										千 円									

4										氏名										個人番号										16歳未満の扶養親族										5人目以降の控除対象扶養親族の個人番号									
(フリガナ)										区 分										区 分										千 円										千 円									

未成年者										外国人										死亡退職										災害者										乙欄										本人が障害者										寡婦										ひとり親										勤労学生										中途就・退職										受給者生年月日																			
年 月 日										年 月 日										年 月 日										年 月 日										年 月 日										年 月 日										年 月 日										年 月 日										年 月 日										年 月 日										年 月 日										年 月 日									

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										電話番号									
(右語で記載してください。)																																																	

(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。

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)