

7

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) | | | | | | | | | | (氏名) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払を受ける者 | | | | | | | | | | 住所 | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | (フリガナ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 従有 | | | | | | | | | | 老人 | | | | | | | | | | 特 定 老 人 | | | | | | | | | | 特 別 人 徒 人 | | | | | | | | | | 特 別 人 徒 人 | | | | | | | | | | 特 別 人 徒 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内 | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | | 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (フリガナ) | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | 配偶者の合計所得 | | | | | | | | | | 国民年金保険料等の金額 | | | | | | | | | | 旧長期損害保険料の金額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 源泉特別控除対象配偶者 | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 基礎控除の額 | | | | | | | | | | 所得金額調整控除額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 控除対象扶養親族 | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | 5人目以降の16歳未満の扶養親族の個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 未成年者 | | | | | | | | | | 外国人 | | | | | | | | | | 死亡退職 | | | | | | | | | | 災害者 | | | | | | | | | | 乙欄 | | | | | | | | | | 本人が障害者 | | | | | | | | | | ひとり親 | | | | | | | | | | 勤労学生 | | | | | | | | | | 中途就・退職 | | | | | | | | | | 受給者生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |