

8

給与支払報告書(個人別明細書)

|                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ※区分            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 受給者番号                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (フリガナ)               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 種別             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 支払金額                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 源泉控除対象配偶者の有無等  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 控除対象扶養親族等の数(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。)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 非居住者親族の数             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 住宅借入金等特別控除の額         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (摘要)           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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(1回) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 住宅借入金等特別控除(2回)       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住宅借入金等特別控除の額   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 住宅借入金等特別控除の額         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (フリガナ)         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 国民年金保険料等の金額          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 配偶者の合計所得             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 基礎控除の額               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 (フリガナ)       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 16歳未満の扶養親族           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 (フリガナ)             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 (フリガナ)       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 (フリガナ)             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 (フリガナ)       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 (フリガナ)             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 (フリガナ)       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 (フリガナ)             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 未成年者           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 乙欄             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本人が特別その他       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 寡婦             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ひとり親           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 勤労学生           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支払者            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (右請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)                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(摘要)に前職分の加算額、支払者等を記入してください。

(2写)

(市区町村提出用)