

年間収入申告書

年 月 日

(あて先)辰野町長

| | | | |
|-----|--|------|----------------|
| 住所 | | | |
| 氏名 | | | 印 (自署の場合は押印不要) |
| 児童名 | | 保育園名 | |

私の 年分(1月～12月までの1年間)の年間収入について次のとおり申告します。

※[どちらか当てはまる欄に☑をいれ、必要事項を記入してください]

収入がなかった →以下の項目から該当するものに○をつけ、必要事項をご記入ください。

- (ア) 扶養家族だった 扶養主氏名 _____ (続柄) _____
- (イ) 養育費・雇用保険等の給付を受けていた (具体的に) _____
- (ウ) その他(生活手段について具体的記入してください) _____

収入があった →所得・控除の内訳のわかる書類を添付するか、詳細を以下の①～⑤にご記入ください。

① 給与収入のある場合(1月から12月まで1年間の収入について記入して下さい。)

| 勤務先名称 | 所在地 | 期間 | 総収入(円) | 収入計(円) |
|-------|-----|------|--------|--------|
| | | 月～ 月 | | |
| | | 月～ 月 | | |

② 給与以外の収入のある場合(事業・不動産・配当・雑(公的年金等))

| 職業 | 収入を得た所 | 期間 | 収入金額(円) | 必要経費(円) | 所得額(円) |
|----|--------|------|---------|---------|--------|
| | | 月～ 月 | | | |

③ 控除(1月～12月の間に支払った金額を記入してください)

| | | | |
|---------|---|--|---|
| 医療費控除 | ※本人、同一生計親族のために支払った医療費 (支払った医療費)－(補てん金額) | | 円 |
| 社会保険料控除 | ※国民健康保険料、国民年金保険料、 介護保険料、後期高齢者医療保険料等の合計 | | 円 |
| 地震保険料控除 | ※損害保険契約等に係る地震等損害部分の 保険料又は掛金を支払った場合 | | 円 |
| 生命保険料控除 | 新生命保険料 _____ 円 新個人年金保険料 _____ 円 介護医療保険料 _____ 円 旧生命保険料 _____ 円 旧個人年金保険料 _____ 円 | | |
| その他控除 | (内容) _____ 円 (内容) _____ 円 | | |

【裏面もご記入ください】

④ 配偶者

| | | | |
|-----|---------|-----------|------------|
| 氏 名 | 生 年 月 日 | 障害の有無 | 配偶者の合計所得金額 |
| | 年 月 日 | 無・有(級 度) | 円 |

⑤ 扶養親族

| 氏 名 | 続柄 | 生 年 月 日 | 障害の有無 |
|-----|----|---------|-----------|
| | | 年 月 日 | 無・有(級 度) |
| | | 年 月 日 | 無・有(級 度) |
| | | 年 月 日 | 無・有(級 度) |
| | | 年 月 日 | 無・有(級 度) |

----- 以下は記入しないでください -----

※町記載欄

| | | |
|----------|-------|-------|
| 推定市町村民税額 | 町所得割額 | 町均等割額 |
| | 円 | 円 |