

# 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