

|                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ※               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ※種別           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ※整理番号                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ※                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※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          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 給与所得控除後の金額<br>(調整控除後)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 所得控除の額の合計額        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 源泉徴収税額            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 給与・賞与           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (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<br>(配偶者を除く。) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 16歳未満扶養親族の数       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 障害者の数<br>(本人を除く。) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 非居住者である親族の数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 老人              |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 特定            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 老人                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | その他               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 特別                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | その他         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 有               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 従有            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (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) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 住宅借入金等年未残高(1回目)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (源泉・特別)控除対象配偶者  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (フリガナ)        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 区分                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 控除対象扶養親族        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (フリガナ)        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 区分                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 16歳未満の扶養親族        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 国民年金保険料等の金額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 旧長期損害保険料の金額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 未成年者            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 外国            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 死亡退職者                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支払者             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号又は法人番号    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(摘要)に前職分の加算額、支払者等を記入してください。

(電話)

7

給与支払報告書(個人別明細書)

(市区町村提出用)