

年間収入申告書

柏市長 あて

住所 柏市

保護者氏名

児童氏名 生年月日 (R . .)

施設名

私の年間収入について、次のとおり申告します。

		前年(年)				前々年(年)				
勤務先名称										
所在地										
給与の場合	1月			円	1月			円		
	2月			円	2月			円		
	3月			円	3月			円		
	4月			円	4月			円		
	5月			円	5月			円		
	6月			円	6月			円		
	7月			円	7月			円		
	8月			円	8月			円		
	9月			円	9月			円		
	10月			円	10月			円		
	11月			円	11月			円		
	12月			円	12月			円		
	合計			円	合計			円		
事業の場合	事業の種類				事業の種類					
	総収入金額		円		総収入金額		円			
	必要経費		円		必要経費		円			
	収入－必要経費		円		収入－必要経費		円			
所得控除	社会保険料の金額		円		社会保険料の金額		円			
	生命保険料の金額	新一般	円	旧一般	円	生命保険料の金額	新一般	円	旧一般	円
		新個人年金	円	旧個人年金	円		新個人年金	円	旧個人年金	円
		介護医療	円		介護医療		円			
	地震保険料の金額		円		地震保険料の金額		円			
	控除対象配偶者		所得 円		控除対象配偶者		所得 円			
	扶養親族				扶養親族					
	障害者控除	□特別障害()				障害者控除	□特別障害()			
□その他の障害()				□その他の障害()						

・海外在住の方は、日本円に換算して記入してください。収入時のレートが不明な場合は、期中の平均レートを使用してください。

年間収入申告書

記入例

柏市長 あて

・各年1月1日時点で住民票が日本国内にない場合のみ記入し、御提出ください。
・海外居住期間が1月から12月でない場合も、国内収入も含め1月から12月全ての申告をお願いします。

住所 柏市 柏5-10-1

保護者氏名

児童氏名 生年月日 (R . . .)

施設名

私の年間収入について、次のとおり申告します。

	前年(令和7 年)				前々年(令和6 年)				
勤務先名称	株式会社かしわ ニューヨーク支社				株式会社かしわ ニューヨーク支社				
所在地	アメリカ合衆国ニューヨーク州1234				アメリカ合衆国ニューヨーク州1234				
給与の場合	1月	250,000 円		1月	0 円				
	2月	230,000 円		2月	0 円				
	3月	270,000 円		3月	240,000 円				
	4月	320,000 円		4月	260,000 円				
	5月	280,000 円		5月	280,000 円				
	6月	800,000 円		6月	750,000 円				
	7月	250,000 円		7月	240,000 円				
	8月	280,000 円		8月	270,000 円				
	9月	300,000 円		9月	250,000 円				
	10月	320,000 円		10月	270,000 円				
	11月	290,000 円		11月	300,000 円				
	12月	920,000 円		12月	800,000 円				
	合計	4,510,000 円		合計	3,660,000 円				
事業の場合	事業の種類			事業の種類					
	総収入金額	円		総収入金額	円				
	必要経費	円		必要経費	円				
	収入-必要経費	円		収入-必要経費	円				
所得控除	社会保険料の金額	600,000 円		社会保険料の金額	520,000 円				
	生命保険料の金額	新一般	35,000 円	旧一般	円	新一般	30,000 円	旧一般	円
		新個人年金	円	旧個人年金	円	新個人年金	円	旧個人年金	円
		介護医療	円		介護医療	円			
	地震保険料の金額	円		地震保険料の金額	円				
	控除対象配偶者	有	所得	180,000 円	控除対象配偶者	無	所得	円	
	扶養親族	柏 花子 (H29.5.1生)		扶養親族	無				
障害者控除	■特別障害(柏 太郎)		障害者控除	□特別障害()					
	□その他の障害()			□その他の障害()					

・海外在住の方は、日本円に換算して記入してください。収入時のレートが不明な場合は、期中の平均レートを使用してください。