

年間収入申告書(新1~3号用)

柏市長 あて

勤務者 情報 【本人 記入欄】	勤務者氏名		勤務者 生年月日			
	住所					
	児童氏名		児童生年月日			
	利用施設名					
対象年	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		
	※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。					
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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	所得 ※配偶者が所得有り の場合は記入 円	控除対象配偶者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	所得 ※配偶者が所得有り の場合は記入 円
	扶養親族		扶養親族			
	障害者控除	<input type="checkbox"/> 特別障害 ( )	障害者控除	<input type="checkbox"/> 特別障害 ( )		
<input type="checkbox"/> その他の障害 ( )		<input type="checkbox"/> その他の障害 ( )				
備考						

- ※1 会社等の第三者からの証明を受けられないが、公的機関等からの所得証明又は給与明細等により客観的な証明をすることが可能な場合には**その書類を添付の上**、上記内容を本人でご記入ください。  
また、添付書類が外国語で記載されている場合には、**必要箇所を翻訳**した上での添付をお願いします。
- ※2 会社等の第三者からの証明を受けられない場合又は所得がない旨の証明を受けることができない場合は、その理由を上記の「備考」欄に可能な限り具体的に勤務者本人の申告でご記入ください。
- ※3 勤務者が配偶者控除を適用していない場合は、その配偶者の年間収入申告書のご提出が必要です。  
ただし、上記の「控除対象配偶者」の「所得」欄が「0円」で証明されている場合は提出不要。
- ※4 収入がない場合は、上記の「給与の場合」欄及び「事業の場合」の「総収入金額」欄にそれぞれ「0円」と記入するとともに、「備考」欄に収入がなかった旨をご記入ください。

上記のとおり給与・賞与等を支払った(受け取った)ことを以下のとおり証明します。

記入者	_____	印
証明日	令和 年 月 日	
事業所名	_____	
連絡先	_____	
代表者名	_____	社印

# 記入例

## 年間収入申告書(新1~3号用)

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。

勤務者情報 【本人記入欄】	勤務者氏名	柏 太 郎		勤務者生年月日	
	住所				
	児童氏名	柏 花 子		児童生年月日	
	利用施設名	〇 〇 〇			
前年( 令和元 年)			前々年( 平成30 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	

【給与の場合】  
 ・国内収入と国外収入がいずれもある場合は合算して記入してください。  
 ・賞与も含めて記入してください。  
 ・収入がない月は0円と記入してください。  
 ・パソコンで作成する場合、「合計」欄は自動計算となっております。

【対象年】  
 ・作成時点で、証明できない年がある場合は、証明ができる時期が来たら、改めてご提出くださいますようお願いいたします。

※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。

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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	所得 ※配偶者が所得有り の場合は記入 1,800,000 円	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	所得 ※配偶者が所得有り の場合は記入 1,800,000 円
	扶養親族	柏 花子 (H29.5.1生)		無	
障害者控除	<input checked="" type="checkbox"/> 特別障害 ( 柏 太郎 )		<input type="checkbox"/> 特別障害 ( )		
	<input type="checkbox"/> その他の障害 ( )		<input type="checkbox"/> その他の障害 ( )		
備考					

【扶養親族】  
 ・扶養親族がいる場合は、氏名及び生年月日をご記入ください。

【控除対象配偶者】  
 ・当控除を適用している場合は「有」、適用していない場合は「無」を選んでください。  
 パソコンで作成する場合は、プルダウンで選択できます。  
 ・「所得」欄は、勤務者の配偶者の所得がある場合は、所得金額を記入してください。

【障害者控除】  
 ・当控除を適用している場合は、「特別障害」又は「その他の障害」を選んでください。  
 パソコンで作成する場合は、プルダウンで選択できます。  
 ・「( )」の中に、控除対象になっている方の氏名をご記入ください。

※1 会社等の第三者から証明を受けられた場合は、その書類を添付し、記入内容を本人の申告書に記載してください。  
 ※2 会社等の第三者から証明を受けられなかった場合は、本人の申告書に記載してください。  
 ※3 年間収入申告書のご記入に当たっては、提出書類の「総収入金額」欄に証明します。

△△ △△ 印

令和 2 年 1 月 1 日

事業所名 株式会社かしわ ニューヨーク支社

連絡先 柏市から連絡をする際のお電話番号をご記入ください。

代表者名 代表取締役 〇〇 〇〇 社印 社印