様式第八十五号（第十四条第六十七号関係）（適合基準日：令和八年四月一日）

NNNNNNNNNNN
NN●年●月●日

999-9999

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇〇〇〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
△△△△マンションXXXX号室〇〇〇〇〇

〇〇　〇〇様

●●●長（職務代理者）
●●　●●

公印

NNNN年度　NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
照会事項にご記入の上、下記返送期限までに返送くださるようお願いします。

記

返送期限　NN●年●月●日

【お問い合わせ先】
●●●市役所　●民税課　課税係　担当●●
999-9999
●●県●●市●●　1－1－1
TEL 111-1111（内線1111）

----------切り取り線----------

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN　NNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

扶養親族の状況について、次の通り回答します。

照会回答欄通番　99999999999

住所			
氏名			
生年月日	年　月　日	電話番号	

あなたが、扶養親族として申告した人数　Z9　人　　NN／NN　ページ

未確認の扶養親族の記入欄　Z9　人について
内訳：配偶者　N,　特定（19～22歳）Z9人,　老人（70歳以上）Z9人,　その他Z9人,　年少（16歳未満）Z9人

氏名 生年月日	続柄	居住 （同居・別居）	障害種類 （該当〇・級を記載）	所得金額調整控除対象扶養親族 （該当〇）	NNNN年1月1日現在の住民登録地 （現住所が違う場合は下段に現住所をご記入ください）
（フリガナ） 年　月　日		同居 別居	身体・精神・知的 （　）級		
（フリガナ） 年　月　日		同居 別居	身体・精神・知的 （　）級		
（フリガナ） 年　月　日		同居 別居	身体・精神・知的 （　）級		

確認のとれた扶養親族の氏名・生年月日・扶養の種類	（NNNN年1月1日現在の住民登録地）
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN