

NNNNNNNNNN
NN●年●月●日

999-9999

[illegible]

給与事務担当者様

[illegible]

ZZZZZZZZZZ9

●●●長(職務代理者)

公印

[illegible][illegible]

記

回答希望日 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)

一切り取り線

照会対象者

通知番号

[illegible]

給与支払報告書記載の扶養親族人数

29人

NN/NN ページ

未確認の扶養親族の記入欄 合計人数 29人

内訳：配偶者 N、特定(19～22歳) 29人、老人(70歳以上) 29人、その他 29人、年少(16歳未満) 29人

氏 名 生年月日	続柄	居住 (同居・別居)	障害種類 (該当なら○)	所管金融機関等控除 対象扶養親族 (該当なら○)	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	特別障害		 (現住所)
(フリガナ) 年 月 日		別 居	普通障害		 (現住所)
(フリガナ) 年 月 日		同 居	特別障害		 (現住所)
(フリガナ) 年 月 日		別 居	普通障害		 (現住所)

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

[illegible]