

NNNNNNNNNN
NN●年●月●日

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇〇〇〇〇〇
 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
 △△△△マンションXXX号室〇〇〇〇〇〇〇〇
 給与事務担当者様

公印

[illegible]

【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)

[illegible]

未確認の扶養親族等の記入欄 合計人数 Z9人					
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、特異（19～22歳）Z9人					
氏名 生年月日	続柄 (同居・別居)	居住 (該当なら○)	障害種類 (該当なら○)	所得金額調整控除対象扶養親族 (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 別居	 特別障害 普通障害			 (現住所)
(フリガナ) 年 月 日	 同居 別居	 特別障害 普通障害			 (現住所)
(フリガナ) 年 月 日	 同居 別居	 特別障害 普通障害			 (現住所)