

年分所得税額等申告書

区 保健福祉センター所長

申告者	住所	電話（ ）
	氏名	（対象者との続柄）

次のとおり所得税等の額を申告します。

利用対象者氏名		
年度市民税額	非課税 ・ 課税 (	円)
年分 所得税額等	非課税 ・ 課税 (	円)
	所得税上の扶養親族数 (18歳以下除く)	人
	扶養親族のうち16歳未満の人数	人
	扶養親族のうち16～18歳の人数	人

○扶養義務者がいる場合は次の欄も記入してください。

扶養義務者氏名		
年度市民税額	非課税 ・ 課 税 (円)	
年分 所得税額等	非課税 ・ 課 税 (円)	
	所得税上の扶養親族数（１８歳以下除く）	人
	扶養親族のうち１６歳未満の人数	人
	扶養親族のうち１６～１８歳の人数	人

注1：同意書または上記の所得税額等を証する書類を添付してください。

注2：当年7月～翌年6月までの間に上記の申告内容に変更があった場合は、すみやかに届け出てください。