

25 給与支払報告書(総括表)

市区町村長殿 平成 年 月 日提出		種別	整理番号	指定番号
給与の支払期間 平成 年 月分から 月分まで		※	※	※
フリガナ	提出区分	年間分	退職者分	
給与支払者の名称又は氏名	事業種目	受給者総人員	人	
所得税の源泉徴収をしている事務所又は事務所の名称	住所別市区町村数	報告人員	退職(特別徴収)	人
フリガナ			退職(普通徴収)	人
同上の所在地			その他(普通徴収)	人
			計	人
給与支払者が法人である場合の代表者の氏名	所属税務署名	税務署	給与の支払方法及びその期日	
連絡者の氏名、所属課、係及び電話番号	特別徴収税額の払い込みを希望する金融機関	(名称)	(所在地)	
	24年度分の特別徴収義務者指定番号			

総括表に個人別明細書2枚を添えて提出してください。

提出期限1月31日

25

給与支払報告書(個人別明細書)

(市区町村提出用)

※種別		※整理番号		※	
支をる	住所	受給者番号	フリガナ	(役職名)	
種別	支払金額	給与所得控除後の金額	所得控除の額の合計額	源泉徴収税額	
	円	円	円	円	
控除対象配偶者の有無	配偶者特別控除の額	控除対象扶養親族の数の有無	社会保険料等の金額	生命保険料の控除額	地震保険料の控除額
◎◎	円	◎◎	円	◎	円
(摘要) 住宅借入金等特別控除可能額		国民年金保険料等の金額	介護医療保険料の金額	円	
居住開始年月日		配偶者の合計所得	新個人年金保険料の金額	円	
		新生命保険料の金額	旧個人年金保険料の金額	円	
		旧生命保険料の金額	旧長期損害保険料の金額	円	
16歳未満扶養親族	外国人	死亡退職者	災害者	乙欄	本人が障害者
◎					◎◎
中途就・退職	受給者生年月日	明大昭平年月日			
◎	24				
住所(居所)又は所在地	氏名又は	(電話)			
支払者名称	(電話)				

(摘要)に控除対象配偶者、扶養親族(16歳未満を含む)の氏名及び前職分の加算額、支払者等を記入してください。

1 給与支払報告書(総括表)
給与等所得者の居住する市区町村ごとに作成し、個人別明細書(2部)に添付して給与等所得者の居住する市区町村にご提出ください。

2 給与支払報告書(個人別明細書)
複写して2部作成し、1の給与支払報告書(総括表)を添付してご提出ください。

3 給与所得の源泉徴収票
給与等所得者(受給者)ご本人にお渡しください。

点線にそって切り取り、1、2を給与等所得者の居住する市区町村にご提出ください。

平成24年分 給与所得の源泉徴収票

住所又は居所		受給者番号	フリガナ	(役職名)	
種別	支払金額	給与所得控除後の金額	所得控除の額の合計額	源泉徴収税額	
	円	円	円	円	
控除対象配偶者の有無	配偶者特別控除の額	控除対象扶養親族の数の有無	社会保険料等の金額	生命保険料の控除額	地震保険料の控除額
◎◎	円	◎◎	円	◎	円
(摘要) 住宅借入金等特別控除可能額		国民年金保険料等の金額	介護医療保険料の金額	円	
居住開始年月日		配偶者の合計所得	新個人年金保険料の金額	円	
		新生命保険料の金額	旧個人年金保険料の金額	円	
		旧生命保険料の金額	旧長期損害保険料の金額	円	
16歳未満扶養親族	外国人	死亡退職者	災害者	乙欄	本人が障害者
◎					◎◎
中途就・退職	受給者生年月日	明大昭平年月日			
◎	24				
住所(居所)又は所在地	氏名又は	(電話)			
支払者名称	(電話)				

(受給者交付用) 06