

点線から切り取って提出してください。

シ ア ヒ ヲ

令和 年分 収入のない旨の届出書 兼 扶養控除の申出書

世帯主

住所 南三陸町

氏名

印

電話番号

記載例	収入がない人 または 誰かに扶養されている人	収入の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	扶養されている人の状況				扶養されている人の住所 別居の場合、扶養されている人の住所 (例：学生の下宿先住所、介護施設等の入所先住所)
			生 年 月 日	その人を扶養している人	扶養している人との続柄	扶養されている人の障害の有無	
	南三陸花子	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (氏名：太郎)	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障害者手帳等を持参)	
1		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (氏名：)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障害者手帳等を持参)	
2		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (氏名：)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障害者手帳等を持参)	
3		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (氏名：)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障害者手帳等を持参)	
4		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (氏名：)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障害者手帳等を持参)	
5		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (氏名：)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障害者手帳等を持参)	
6		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (氏名：)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障害者手帳等を持参)	
7		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (氏名：)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障害者手帳等を持参)	
8		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (氏名：)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障害者手帳等を持参)	
9		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (氏名：)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障害者手帳等を持参)	

※ 記入方法の説明等は、手引9ページをご覧ください。

※ 「収入の有無」の欄について、「有」の場合で申告が必要なときは、申告をしてください。申告の要否は、申告チェックリストで確認できます。