

退職日の属する年

個人番号は記入せず、様式下へ「…相違ない」「確認した」旨を記載すること。

令和0年分 退職所得の受給に関する申告書 兼 退職所得申告書

所在地 (住所)	960-8043 福島市中町8-2	現住所	〒000-0000 〇〇市〇〇町〇〇番地
名称 (氏名)	福島県市町村総令事務組合	氏名	福島太郎
法人番号 (個人番号)	※提出を受けた退職手当の支払者が記載してください。	個人番号	
		その年1月1日現在の住所	〇〇市〇〇町〇〇番地

当組合の所在地及び名称を記入(法人番号は不要)

このA欄には、全ての人が、記載してください。(あなたが、前に退職手当等の支払を受けたことがない場合には、下のB以下の各欄には記載する必要がありません。)

① 退職手当等の支払を受けることとなった年月日	令和6年 3月 31日	この申告書の提出前より受ける退職手当等についての勤続期間	自 平成30年 4月 1日	至 令和6年 3月 31日	6年
② 退職の区分等	<input checked="" type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	うち 特定役員等勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	自 年 月 日	至 年 月 日
		うち 一般勤続期間との重複勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	自 年 月 日	至 年 月 日
		うち 短期勤続期間との重複勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	自 年 月 日	至 年 月 日
		うち 短期勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	自 年 月 日	至 年 月 日

退職報償金以外に退職手当等を受けている場合は必ず該当欄に記入すること。

あなたか本年中に他にも退職手当等の支払を受けたことがある場合には、このB欄に記載してください。

④ 本年中に支払を受けた他の退職手当等についての勤続期間	自 年 月 日	至 年 月 日	⑤ 退職報償金に係る勤続年数(1年未満の端数は切上げ) ※ 勤続年数5年で退職した場合のみ、特定役員等勤続期間が「有」になる。	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	自 年 月 日	至 年 月 日	
うち 特定役員等勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	自 年 月 日	至 年 月 日	うち 一般勤続期間との重複勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	自 年 月 日	至 年 月 日
うち 短期勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	自 年 月 日	至 年 月 日	うち 短期勤続期間との重複勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	自 年 月 日	至 年 月 日
				うち 全重複勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	自 年 月 日	至 年 月 日
				うち 短期勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	自 年 月 日	至 年 月 日
				うち 一般勤続期間との重複勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	自 年 月 日	至 年 月 日

あなたが前年以前4年内(その年に確定拠出年金法に基づく老齢給付金として支給される一時金の支払を受ける場合には、19年内)に退職手当等の支払を受けたことがある場合には、このC欄に記載してください。

⑥ 前年以前4年内(その年に確定拠出年金法に基づく老齢給付金として支給される一時金の支払を受ける場合には、19年内)の退職手当等についての勤続期間	自 年 月 日	至 年 月 日	⑦ ③又は⑤の勤続期間のうち、⑥の勤続期間と重複している期間	自 年 月 日	至 年 月 日	
			⑧ うち 特定役員等勤続期間との重複勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	自 年 月 日	至 年 月 日
			⑨ うち 短期勤続期間との重複勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	自 年 月 日	至 年 月 日

A又はBの退職手当等についての勤続期間のうち、前に支払を受けた退職手当等についての勤続期間の全部又は一部が通算されている場合には、その通算された勤続期間等について、このD欄に記載してください。

⑧ Aの退職手当等についての勤続期間(③)に通算された前の退職手当等についての勤続期間	自 年 月 日	至 年 月 日	⑩ ③又は⑤の勤続期間のうち、⑧又は⑨の勤続期間だけからなる部分の期間	自 年 月 日	至 年 月 日		
うち 特定役員等勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	自 年 月 日	至 年 月 日	⑪ うち 特定役員等勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	自 年 月 日	至 年 月 日
うち 短期勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	自 年 月 日	至 年 月 日	⑫ うち 短期勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	自 年 月 日	至 年 月 日
⑨ Bの退職手当等についての勤続期間(④)に通算された前の退職手当等についての勤続期間	自 年 月 日	至 年 月 日	⑬ ⑦と⑩の通算期間	自 年 月 日	至 年 月 日		
うち 特定役員等勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	自 年 月 日	至 年 月 日	⑭ うち ⑧と⑩の通算期間	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	自 年 月 日	至 年 月 日
うち 短期勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	自 年 月 日	至 年 月 日	⑮ うち ⑨と⑩の通算期間	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	自 年 月 日	至 年 月 日

B又はCの退職手当等がある場合には、このE欄にも記載してください。

区分	退職手当等を受けた年月日	収入金額(円)	源泉徴収額(円)	特別徴収税額(円)	特別徴収税額(円)	支拂年月	退職の区分	支払者の所在地(住所)・名称(氏名)
B 一般	・	・	・	・	・	・	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害	
B 特定役員	・	・	・	・	・	・	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害	
B 短期	・	・	・	・	・	・	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害	
C	退職者本人が記載						<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害	

個人番号については給子支払者に提出済みの個人番号と相違ない

確認した

市町村担当者が記載