様式第2号（第4条関係）

所得税額等申告書

日南町長　　　　殿

日南町身体障害者更生援護施設入所等措置費徴収規則第4条第1項の規定により、所得税額等について次のとおり申告します。

　　年　　月　　日

住所

申告者

氏名　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 代理人 | | 住所 | | | | |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 施設名 |  | | | | 入居者氏名 |  | | |
| 氏名 | 入所者  との続柄 | | 前年の  所得税額 | | 前年度分の町民税課税区分  左の欄が0円  の場合に限る | | 生活保護法  適用の有無 | 備考 |
| 印 |  | | 円 | | 非課税  均等割課税  所得割課税 | | 有無 | 徴収限度額  本人徴収額 |

注1　「代理人」欄は、申告者に代わってその代理人が本書を作成した場合に記入すること。

2　「施設名」欄は、申告者の入所している施設について記入すること。

3　税額、控除額及び減免額を確認することのできる書類を添付すること。