

令和7年度 海外収入申告書

(宛先) 茅ヶ崎市長／茅ヶ崎市福祉事務所長

年 月 日

子 ど も	氏名	フリガナ	利用している 保育所等		
	生年月日	年 月 日	クラス年齢	令和7年4月1日時点の年齢 歳児クラス	令和8年4月1日時点の年齢 歳児クラス
	氏名	フリガナ	利用している 保育所等		
	生年月日	年 月 日	クラス年齢	令和7年4月1日時点の年齢 歳児クラス	令和8年4月1日時点の年齢 歳児クラス
保 護 者	氏 名	フリガナ	電話番号		
	住所	〒			

※この申告書は、利用者負担額の重要な資料となるため該当部分について、漏れのないよう記載してください。
※国外居住期間が1月から12月でない場合も、国内所得含め、すべての所得の申告を行ってください。
※虚偽の申請を行った場合、利用保育所の退園並びに、保育に要した費用の全額または一部について返金を求めることがあります。

以上のことを確認し、同意の上で、下記のとおり申告します。

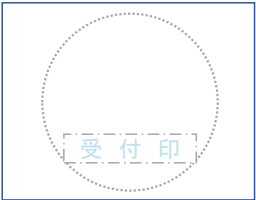
国外居住者名	フリガナ	生年月日	年 月 日	子どもとの 続柄	
居住先（国）		滞在期間	年 月 日から 年 月 日頃まで		
勤務先等					
収入対象年月	2024年1月1日 から 2024年12月31日 の収入		通貨単位		

【収入・所得金額（年額）】

※国内分は円で、国外分はその国の通貨単位で記入し、必ず給与明細や収支内訳書等を提示・添付してください。
※所得控除の申告については、裏面に記載してください。記載がない場合は、基礎控除のみを算定に用います。

		国内（円単位）	国外（通貨単位）
給 与	給与収入		
事 業 所 得	収入金額		
	必要経費		
そ の 他 の 所 得	収入金額	所得の種類（ 所得）	所得の種類（ 所得）
	必要経費		

国外・国内ともに 収入がなかった場合	生計のたてかたについて、該当するものにチェックをしてください。 ☐ 配偶者の扶養に入っていた ☐ 預貯金で生活していた ☐ その他（ ）
-----------------------	--



【所得控除】

※表面の「収入対象年月」と同じ期間に支払った支払金額を記載し、控除証明書などを提示・添付してください。

所得控除の書類		支払金額	証明書添付確認欄
社会保険料控除			☐
生命保険料控除	新生命保険料		☐
	旧生命保険料		☐
	新個人年金保険料		☐
	旧個人年金保険料		☐
	介護医療保険料		☐
() 控除			☐
() 控除			☐

※各所得控除について該当の有無にチェックをいれ、必要事項を記入してください。

配偶者控除	☐ 該当なし ☐ 該当あり
	※「該当あり」の場合、扶養する配偶者を記入してください。
	氏名：_____ 生年月日：_____ 年 月 日
扶養控除	☐ 該当なし ☐ 該当あり
	※「該当あり」の場合、扶養する親族を記入してください。
	氏名：_____ 生年月日：_____ 年 月 日
	氏名：_____ 生年月日：_____ 年 月 日
	氏名：_____ 生年月日：_____ 年 月 日
障害者控除	☐ 該当なし ☐ 該当あり
	※「該当あり」の場合、以下に○をつけ、等級を記入してください。
	本人の場合 身体・精神・療育 () 級
	被扶養者の場合 身体・精神・療育 () 級
ひとり親控除・寡婦控除	☐ 該当なし ☐ 該当あり
	※「該当あり」の場合、以下の該当項目に✓を入れてください。
	☐ 死別 ☐ 離別 ☐ 未婚 ☐ その他 ()
勤労学生控除	☐ 該当なし ☐ 該当あり