

令和5年度 町民税・県民税・国民健康保険料 簡易申告書

この申告書は、次のいずれかに該当する方のみ利用できます。
提出すると、申告会場での申告は不要となります。

- 収入がなかった方
- 収入が障害年金・遺族年金のみの方

郵送による提出も可

波佐見町長 様

提出年月日: 令和 年 月 日

フリガナ			生年月日
氏名			明・大・昭・平・令 年 月 日
電話番号	()	-	
現住所			
1月1日 時点の住所			
代理申告者		続柄	
代理申告者 の電話番号	()	-	
<p>■令和4年中の収入状況 (該当するものに☑をしてください)</p> <p><input type="checkbox"/> 無職・無収入であった</p> <p><input type="checkbox"/> (障害年金 ・ 遺族年金) のみであった ※該当する年金を○で囲んでください。</p> <p>■税の扶養の有無 (該当するものに☑をしてください)</p> <p><input type="checkbox"/> 誰の扶養にも入っていない</p> <p><input type="checkbox"/> 生計を一にする親族の扶養に入っている ※扶養者の住所・氏名を書いてください。</p> <p>扶養者住所 _____</p> <p>扶養者氏名 _____ (続柄: _____)</p>			

【窓口 および 提出先】 〒859-3791 波佐見町宿郷 660 番地 (平日) 8:30~17:15

波佐見町役場 国保年金班
(または) 住民税班

☎ 0956-85-2483
Fax 0956-85-2337

☎ 0956-85-2628