

(様式第7号)

退職手当金請求書

島根県社会福祉協議会長 殿

年 月 日

住 所

請求者 法人名

共済契約者 番 号	
--------------	--

電話番号(連絡先)

下記のとおり退職手当金を請求します。

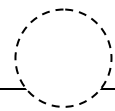
被共済職員であった者	退職時勤務施設 番号および施設名	施設番号	施設名			
	氏名および 職員番号	職員番号	氏名	生年 月 日	S 年 月 日 H	
	退職理由 (該当する番号を ○で囲んでください)	①…普通退職(結婚・定年・転職などの自己都合による退職に該当するとき) ②…普通退職(平成13年3月31日以前の加入者が①以外による退職に該当するとき) ③…業務上の傷病又は死亡による退職 ④…犯罪等による退職				
	合算申出の有無	有 ・ 無 (該当するもの○で囲んでください。)				
	共済期間	加入日	年	月	日	〔 年 か月 〕
		退職日	年	月	日	
送 付 先 (個人口座への送金は ありません)	金 融 機 関 名	山陰合同銀行 ・ 農協 本店 ・ 支店		預金種目	普通・当座・その他	
	口座名義					
退職月の直前の4月から 退職月までの期間	退職した月以前6か月の本俸月額 (※「退職月が月末でない月」及び「被共済職員期間とならない月」は除きます)					
業務に従事した日数が 10日以下の月があった場合 被共済職員とならない月です。 該当月をチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 12月 <input type="checkbox"/> 3月	年 月 <small>上段が直近の年月</small>	俸 給 表 の 額	俸 給 の 調 整 額 ()	計		
	年 月					
	年 月					
育児休業の申請があった場合 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 再取得	年 月					
	出産日	年 月 日				
	育児休業 開始日	年 月 日				
	終了日	年 月 日				
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 再取得	年 月					
	出産日	年 月 日				
	育児休業 開始日	年 月 日				
	終了日	年 月 日	6か月の平均額 円未満の端数切上げ			

この請求書に係る個人情報、本共済会の業務およびこれに附帯する業務の範囲内で利用されます。

年	月	日
税務署長 市町村長 殿		

年分

退職所得の受給に関する申告書
退職所得申告書



退職手当の支払者の	所在地 (住所)	
	名称 (氏名)	
	法人番号	

あなたの	氏名	
	現住所	
	その年1月1日現在の住所	
	個人番号	

このA欄には、すべての人が記載してください。(あなたが、前に退職手当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はありません。)

A	① 退職年月日	年 月 日	③ この申告書の提出先から受ける退職手当についての勤続期間	自	年 月 日	年
	② 退職の区分等	一般障害		生活扶助の有・無	至	

あなたが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。

B	④ 本年中に支払を受けた他の退職手当についての勤続期間	自	年 月 日	⑤ ③と④の通算勤続期間	自	年 月 日	年
		至	年 月 日		至	年 月 日	

あなたが前年以前4年以内に退職手当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。

C	⑥ 前年以前4年以内の退職手当についての勤続期間	自	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		至	年 月 日

A又はBの退職手当についての勤続期間のうち、前に支払を受けた退職手当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。

D	⑧ Aの退職手当についての勤続期間(③)に通算された前の退職手当についての勤続期間	自	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	年
		至	年 月 日		至	年 月 日	
	⑨ Bの退職手当についての勤続期間(④)に通算された前の退職手当についての勤続期間	自	年 月 日	⑪ ⑦と⑩の通算期間	自	年 月 日	年
		至	年 月 日		至	年 月 日	

B又はCの退職手当がある場合には、このE欄にも記載してください。

E	区分	退職手当の支払を受けたこととなった年月日	収入金額	源泉徴収税額	特別徴収税額		支払を受けた年月日	退職の区分	支払者の所在地(住所)・名称(氏名)
					市町村民税	道府県民税			
	Bの退職手当について							一般障害	
	Cの退職手当について							一般障害	

(注意) 1. この申告書は、退職手当の支払を受ける際に支払者に提出してください。

提出しない場合には、所得税の源泉徴収税額は、支払を受ける金額の20.42%に相当する金額となります。

また、市町村民税及び道府県民税については、延滞金を徴収されることがあります。

2. Bの退職手当がある人は、その退職手当についての退職所得の源泉徴収票(特別徴収票)又はその写しをこの申告書に添付してください。

〔なお、源泉徴収票(特別徴収票)の添付漏れがあった場合は、国税、市町村民税及び道府県民税について追加徴収されることがあります。この場合の追徴税額は、退職手当金の受領者が負担することになります。〕