

所得額等証明書

魚沼市長様

申請者(奨学生の保護者)

住所

氏名

奨学生氏名

魚沼市奨学金貸与申請書類として、奨学生と生計を一にする世帯員の令和6年度(令和5年分)の収入額、所得額を証明願います。

(申請方法) 太枠内に、世帯員のうち証明の得られる方全員の氏名、生年月日を記入し、税務課(本庁舎1階)又は北部事務所、北部事務所入広瀬分室窓口で証明を受けてください。

氏名	生年月日	奨学生から見た続柄	給与収入額	公的年金所得額	左記以外の所得額
	大 昭 平 年 月 日		円	円	円
	大 昭 平 年 月 日		円	円	円
	大 昭 平 年 月 日		円	円	円
	大 昭 平 年 月 日		円	円	円
	大 昭 平 年 月 日		円	円	円
	大 昭 平 年 月 日		円	円	円
	大 昭 平 年 月 日		円	円	円
	大 昭 平 年 月 日		円	円	円

上記のとおり相違ないことを証明します

令和 年 月 日

魚沼市長 内田幹夫 印

所得額等証明書

魚沼市長様

申請者(奨学生の保護者)

住所 魚沼市小出島 910

氏名 魚沼 一郎

奨学生氏名 魚沼 太郎

魚沼市奨学金貸与申請書類として、奨学生と生計を一にする世帯員の令和6年度(令和5年分)の収入額、所得額を証明願います。

(申請方法) 太枠内に、世帯員のうち証明の得られる方全員の氏名、生年月日を記入し、税務課(本庁舎1階)又は北部事務所、北部事務所入広瀬分室窓口で証明を受けてください。

氏名	生年月日	奨学生から見た続柄	給与収入額	公的年金所得額	左記以外の所得額
魚沼 一郎	大(昭)平 48年8月1日	父	円	円	円
魚沼 良子	大(昭)平 50年8月1日	母	円	円	円
魚沼 イチ	大(昭)平 28年8月1日	祖母	円	円	円
	大 昭 平		円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
	大 昭 平 年 月 日		円	円	円

○世帯の中で所得証明書を発行できる方については記載していただき、発行してください。
○未申告等で所得証明書が発行できない方の氏名があった場合は二重線をしてください。
※申告の必要はありません。

上記のとおり相違ないことを証明します

令和 年 月 日

魚沼市長 内田 幹 夫 印

控除額算出表

この表は、認定所得金額を算定する際の特別控除額のうち、「(a)世帯を対象とする控除額」を決定するために必要となるものです。

あなたの世帯に該当する項目がありましたら、必要事項を記入のうえ、申請書に添付してください。

申請者（奨学生）氏名： _____

(1) 母子・父子 家庭である

※該当する場合は、どちらかを○で囲んでください。

(2) 就学者のいる世帯である（現時点での状況を記入してください。）

同一生計の就学者	続柄 ※1	氏名	学 校 情 報		学年 ※2	通学別 (該当する方に○) ※3
			公・私立の別	学 校 名		
						自宅・自宅外
						自宅・自宅外
						自宅・自宅外
						自宅・自宅外
						自宅・自宅外

※1 続柄は申請者（奨学生）からみた関係を記入してください。

※2 就学している学校が、予備校、防衛・海上保安大学校、職業訓練校の場合は記入しないでください。

※3 自宅外とは自宅を離れ、アパート等から通学している場合をいいます。

(3) 障害者のいる世帯

該当の場合、その人数 _____ 人

※ 障害者手帳の氏名、住所、級種がわかる部分をコピーして添付してください。

控除額算出表

記入例

この表は、認定所得金額を算定する際の特別控除額のうち、「(a)世帯を対象とする控除額」を決定するために必要となるものです。

あなたの世帯に該当する項目がありましたら、必要事項を記入のうえ、申請書に添付してください。

申請者（奨学生）氏名： 魚沼太郎

(1) 母子・父子 家庭である

※該当する場合は、どちらかを○で囲んでください。

(2) 就学者のいる世帯である（現時点での状況を記入してください。）

同一生計の就学者	続柄 ※1	氏名	学校情報		学年 ※2	通学別 (該当する方に○) ※3
			公・私立の別	学校名		
	弟	魚沼 次郎	公立	小出中学校	3	自宅・自宅外
	姉	魚沼 市子	私立	東京デザイン専門学校	1	自宅・自宅外
						自宅・自宅外
						自宅・自宅外
						自宅・自宅外

※1 続柄は申請者からみた関係を記入してください。

※2 就学している学校が、予備校、防衛・海上保安大学校、職業訓練校の場合は記入しないでください。

※3 自宅外とは自宅を離れ、アパート等から通学している場合をいいます。

(3) 障害者のいる世帯 該当の場合、その人数 _____ 人

※ 障害者手帳の氏名、住所、級種がわかる部分をコピーして添付してください。

給与等支払（見込）額証明書

（単位：円）

氏名		就職年月日		
年 月 生		年 月 日		
支払月	給与等支払（見込）額	控除額		摘要
		所得税	社会保険料	
合計				

令和6年中の給与等（見込）額について、上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

事業主 氏名 ⑩

電話（ - - ）

※令和6年1月から12月までの支払（見込）額を記入してください。