



令和6年分
あおいろ
決算・申告サポート受付票

裏面のあおいろ受付票を記入の上、

必ずご持参下さい。

会員番号
氏名

あおいろ受付票

本人情報

令和 年申告分

氏名		
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日
住所 (申告時点)	〒 TEL: 【日中の連絡先: 】	
事業所所在地	〒 TEL:	
配偶者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別) ※住民票に夫(未届)又は妻(未届)の記載がある方はお申し出ください。	障害の有無 有 ・ 無

家族情報

同居の親族の他、生活費を負担している別居の親族(生計一親族)を全員記入してください。

<input type="checkbox"/> 生計一親族なし						(※職員記入欄)
氏名	続柄	収入 収入がない場合は「0」と記入	専従者	別居	障害	
大・昭・平 年 月 日生	配偶者	給料 (万円) 年金 (万円) その他 (万円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 扶養対象 扶養対象外 <input type="checkbox"/> 所得超過・専従者 <input type="checkbox"/> 他者扶養 <input type="checkbox"/> 不明
大・昭・平・令 年 月 日生		給料 (万円) 年金 (万円) その他 (万円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 扶養対象 扶養対象外 <input type="checkbox"/> 所得超過・専従者 <input type="checkbox"/> 他者扶養 <input type="checkbox"/> 不明
大・昭・平・令 年 月 日生		給料 (万円) 年金 (万円) その他 (万円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 扶養対象 扶養対象外 <input type="checkbox"/> 所得超過・専従者 <input type="checkbox"/> 他者扶養 <input type="checkbox"/> 不明
大・昭・平・令 年 月 日生		給料 (万円) 年金 (万円) その他 (万円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 扶養対象 扶養対象外 <input type="checkbox"/> 所得超過・専従者 <input type="checkbox"/> 他者扶養 <input type="checkbox"/> 不明

(※職員記入欄)

サポート日	/	/	/	次年度予約希望日
開始時間	:	:	:	令和8年 月 日
終了時間	:	:	:	:
進捗	<input type="checkbox"/> 不 <input type="checkbox"/> 事 <input type="checkbox"/> 所 <input type="checkbox"/> 消	<input type="checkbox"/> 不 <input type="checkbox"/> 事 <input type="checkbox"/> 所 <input type="checkbox"/> 消	<input type="checkbox"/> 不 <input type="checkbox"/> 事 <input type="checkbox"/> 所 <input type="checkbox"/> 消	
担当職員				