

見本

年 月 日

点線で囲った箇所の記入をお願いします。

岡山市消防局長 様

受給権者氏名 岡山 太郎 (印)  
団員との関係 ( 本人 )  
受給権者住所 〒700-0000  
岡山市大供一丁目1番1号  
連絡先 (電話番号) 000-000-0000

#### 退職報償金受給申請について

このたび消防団員 岡山 太郎 が岡山市消防団を退職するにあたり、岡山市  
県市町村総合事務組合から支払われる退職報償金について、つぎの書類を添えて申請  
しますので受給手続きをお願いします。

#### 記

- 1 退職所得の受給に関する申告書
- 2 退職報償金口座振込依頼書

- ※ 死亡退団の場合は1「退職所得の受給に関する申告書」は不要。
- ※ 「戸籍謄本」、「死亡診断書」を添付してください。

各様式は下記岡山市消防団ホームページからダウンロードできます。

(様式第 86 号の 5)

見本

退職報償金口座振込依頼書  
点線で囲った箇所の記載をお願いします。

年 3 月 日

岡山県市町村総合事務組合管理者 殿

郵便番号を記載  
願います

□□□□□□□□

住 所 岡山市大供一丁目 1 番 1 号

受給権者

氏 名 岡山 太郎

捺印

非常勤消防団員

岡山 太郎

に係る退職報償金を、下記金融機関へ送金してくだ

さい。

記

金融機関名	岡山 銀行 信組 農協 信金	岡山支店
口座番号	普通 当座 No. 1111111	口座番号は通常 7 桁です
フリガナ	おかやま たろう	
氏 名	岡山 太郎	

ゆうちょ銀行については  
支店名ではなく通帳に記載  
されている 3 ケタの数字を  
記載してください

000-1111111

↑この 3 ケタの数字

(注) 振込口座は、受給権者のみの口座となります。

年 月 日  
 税務署長 殿 / 市町村長 殿

年分 退職所得の受給に関する申告書 兼 退職所得申告書

退職手当の支払者の  
 所在地 (住所) 〒700-0975 岡山市北区今2丁目2番1号  
 名称 (氏名) 岡山県市町村総合事務組合  
 法人番号 (個人番号) ※提出を受けた退職手当の支払者が記載してください。  
 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 3 | 1 | 3 | 9 | 1 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5

あなたの  
 現住所 〒700-0000 岡山市北区大供一丁目1-1  
 氏名 岡山 太郎  
 個人番号 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1  
 その年1月1日現在の住所 同上 (その年の1月1日の住所)

このA欄には、全ての人か、記載してください。(あなたが、前に退職手当等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がありません。)

この部分は  
 分からな  
 ければ空白  
 でお願  
 いします。

① 退職手当等の支払を受けることとなった年月日	年 月 日	<一般・障害の区分> <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害 <生活扶助の有無> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	③ この申告書の提出先から受ける退職手当等についての勤続期間	自	年	月	日	年	
	至		年	月	日	年			
	うち 特定役員等勤続期間		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	自	年	月	日	年	
	うち 一般勤続期間との重複勤続期間		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	自	年	月	日	年	
			うち 短期勤続期間との重複勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	自	年	月	日	年
			うち 短期勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	自	年	月	日	年

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。

本年中に  
 この退職  
 報奨金以外  
 に退職手当  
 等を受けた  
 場  
 合  
 は  
 記  
 入  
 願  
 い  
 ます。

④ 本年中に支払を受けた他の退職手当等についての勤続期間	自	年	月	日	⑤ ③と④の通算勤続期間 うち 特定役員等勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 うち 一般勤続期間との重複勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 うち 短期勤続期間との重複勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 うち 全重複勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 うち 短期勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 うち 一般勤続期間との重複勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	自	年	月	日	年
	至	年	月	日		年				
	うち 特定役員等勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	自	年		月	日	年		
	うち 短期勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	自	年		月	日	年		

あなたが前年以前4年内(その年に確定拠出年金法に基づく老齢給付金として支給される一時金の支払を受ける場合には、19年内)に退職手当等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年内(その年に確定拠出年金法に基づく老齢給付金として支給される一時金の支払を受ける場合には、19年内)の退職手当等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 ⑧ うち 特定役員等勤続期間との重複勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⑨ うち 短期勤続期間との重複勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	自	年	月	日	年
	至	年	月	日		年				

A又はBの退職手当等についての勤続期間のうち、前に支払を受けた退職手当等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の退職手当等についての勤続期間(③)に通算された前の退職手当等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 ⑪ うち 特定役員等勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⑫ うち 短期勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	自	年	月	日	年
	至	年	月	日		年				
	うち 特定役員等勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	自	年		月	日	年		
	うち 短期勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	自	年		月	日	年		
⑨ Bの退職手当等についての勤続期間(④)に通算された前の退職手当等についての勤続期間	自	年	月	日	⑬ ⑦と⑩の通算期間 ⑭ うち ⑧と⑩の通算期間 ⑮ うち ⑨と⑫の通算期間	自	年	月	日	年
	至	年	月	日		年				
	うち 特定役員等勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	自	年		月	日	年		
	うち 短期勤続期間	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	自	年		月	日	年		

B又はCの退職手当等がある場合には、このE欄にも記載してください。

区分	退職手当等を受けた年月日	支取金額(円)	源泉徴収額(円)	特別徴収額(円)	市町村民税(円)	道府県民税(円)	支受け月	支受け日	退職の区分	支払者の所在地(住所)・名称(氏名)
B 特定役員	・	・								<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害
B 短期	・	・								<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害
C	・	・								<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害