

(完全予約制)

【確定申告個別相談】

申込書①

- ・感染症拡大防止のため、完全予約制とさせていただきます。
- ・お申し込みは、FAX または商工会議所ホームページよりネットでご予約ください。
(検索)→「浦添商工会議所」または右記QRコード →



※注意事項※

- ①お一人様おひとつの予約枠で1時間でのご相談となります。各日、定員に達し次第締め切りとなります。
(一回の相談で完了しなかった場合は、改めてご予約をお取りいただきます。)
- ②会議所内での陽性者や濃厚接触者が判明し業務停止となった場合、ご予約済みでも停止期間の対応を中止させて頂く場合がございますので、あらかじめご理解とご協力をお願いします。
- ③令和3年分所得400万超の方、分離課税、事業外の譲渡所得計算については税務署等へご相談下さい。

FAX でお申し込みの方は、以下必要事項をご記入の上、送信下さい↓

以下のチェック項目をご確認の上、了解されましたらをお願い致します。

すべての欄にがない場合は、感染防止対策のため相談を受けかねますので予めご理解の程よろしくお願い致します。

	チェック項目	チェック欄
A	上記、※注意事項※①②③ を確認した上で協力いたします。	<input type="checkbox"/>
B	来場時には、以下の感染防止対策すべてに協力いたします。 (原則一名での来場、マスク着用、手指消毒、来場時の検温)	<input type="checkbox"/>
C	別紙「浦添商工会議所確定申告個別相談 申込書②」を作成し、 申込書①と併せて送信いたします。	<input type="checkbox"/>
D	来所する1週間前に風邪の諸症状(咳、喉の痛み、発熱、倦怠感、呼吸困難)、または、 味覚や嗅覚に異常があれば、速やかに会議所へ連絡の上、来所を控えます。	<input type="checkbox"/>

事業所名	(業種 :)		
(ふりがな) ご氏名			
TEL / 携帯	TEL(- -)	携帯(- -)	
事業所在地	(〒 -)		

ご希望の相談日時をご記入・選択の上、FAX送信をお願い致します。なお、希望日が定員に達している場合、別時、別日での調整をお願いする場合がございます。あらかじめ、ご了承下さいますようお願い申し上げます。

申込日から2日以内に相談をご希望の方は、お電話にて空き状況をご確認の上、お申込み下さい

右記へ希望日をご記入下さい (2/1~3/15の平日から選択)	月 日	希望の時間帯を1つ〇でお選び下さい 9:00 / 10:30 / 13:00 / 14:30
------------------------------------	--------	---

FAX : 877-4677 浦添商工会議所 行 (TEL098-877-4606) 令和5年 月 日

ご記入頂いた個人情報は、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、必要に応じて保健所などの公的機関への報告、または、浦添商工会議所事業の情報提供、アンケート等に利用する場合がございます。

確定申告個別相談

申込書②

スムーズな相談のために事前集計へのご協力をお願いいたします。

相談当日は、以下の所得控除に関する書類をご持参ください。 **事業所名**

社会保険料控除 (R4 年中に支払った納付額をご記入下さい)

国民健康保険税・健康保険 円 国民年金(基金) 円

小規模企業共済等 (R4 年中に支払った金額をご記入下さい)

小規模共済・iDeCo 等 円 ふるさと納税 円

生命保険料控除 (各保険会社が発行する R4 年控除証明書を確認しながらご記入下さい)

	新生命保険	新個人年金	介護医療保険	旧生命保険	旧個人年金
会社名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
支払額	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円

地震保険料控除 (各保険会社が発行する R4 年控除証明書を確認しながらご記入下さい)

地震保険料

旧長期損害保険料

会社名 円

会社名 円

扶養控除 (配偶者の所得、勤労学生、障害者等のご家族がいる場合、相談時にお伝え下さい)

氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
続柄	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
生年月日(和暦)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

医療費控除 (相談会場での集計作業は行わないため、あらかじめ集計をお済ませ下さい)

(続柄)氏名	<input type="text"/> ()	<input type="text"/> ()	<input type="text"/> ()	<input type="text"/> ()
病院・薬局名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
支払額(自己負担分)	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円