

①提出日を記入してください。

③忘れずにご捺印下さい。

令和 2 年 12 月 10 日 (あて先) 群馬県下仁田町長	整理番号	
住所 〒123-4567 〇〇県〇〇市〇〇町 △丁目◇番地	フリガナ	フルサト イチロウ
	氏名	古里 一郎
	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0
	性別	男 女
電話番号	1 2 3 - 4 5 6 - 7 8 9 0	生年月日 明・大 昭 平・令 6 0 ・ 1 ・ 1

②太枠内の項目すべてを記入してください。
(個人番号ももれなく記入してください)

る特定の個人を識別するための番号の利用等に関する
ください。

税法附則第7条第1項（第8項）の規定による寄附金
税額控除に係る申告の特例（以下「申告の特例」という。）の適用を受けようとするときは、下の欄に必要な事項
を記載してください。

(注1) 上記に記載した内容に変更があった場合、申告特例対象年の翌年の1月10日までに、申告特例申請事
項変更届出書を提出してください。

(注2) 申告の特例の適用を受ける
ずれかに該当する場合には、
あつては、同号に係るものに
寄附金税額控除の適用を受け
市町村民税・道府県民税の申

④寄付をした年月日を記載してください。

- ・クレジット決済の場合: クレジット決済をした年月日を記載。
- ・振込取扱票の場合: 郵便局で払込をした年月日を記載。
- ・銀行振り込みの場合: 振込をした年月日を記載。

1. 当団体に対する寄附に関する事項

寄附年月日	寄附金額
令和 2 年 11 月 22 日	30,000 円

2. 申告の特例の適用に関する事項

申告の特例の適用を受けるための申請は、①及び②に該当する場合のみすることができます。①及び②に該当
する場合、それぞれ下の欄の□にチェックをしてください。

① 地方税法附則第7条第1項（第8項）に規定する申告特例対象寄附者である



(注) 申告の特例の適用を受けるものと見込まれる

⑤確定申告、住民税申告が共に不要である方がふるさと納税をした場合
に限り、チェックしてください。

※医療費控除やその他の控除を適用させるために申告をする場合、この
特例の適用外となりますのでご注意ください。

② 地方税法附則第7条第2項（第9項）に規定する要件に該当する者である



(注) 1 見 ⑥寄付をする自治体の数が年間で5市町村以下であると見込まれる場合
のみ、チェックしてください。

(切り取らないでください。)

令和 2 年 寄附分

市町村民税
道府県民税

寄附金税額控除に係る申告特例申請書受付書

住所	記入不要です。	受付日付印
氏名		

受付団体名

群馬県下仁田町