

令和5 年 分 給 与 所 得 者 の 扶 養 控 除 等 ( 異 動 ) 申 告 書

所轄税務署長等	給 与 の 支 払 者 の 名 称 ( 氏 名 )		( フ リ ガ ナ )		あなたの生年月日	明・大・昭 平・令	年	月	日	従 たる 給 与 に つ い て の 扶 養 控 除 等 申 告 書 の 提 出 ( 提 出 し て い る 場 合 に は 、 ○ 印 を 付 け て く だ さ い 。 )
税務署長	給 与 の 支 払 者 の 法 人 ( 個 人 ) 番 号	※この申告書の提出を受けた給与の支払者が記載してください。	あなたの氏名		世帯主の氏名					
市区長村長	給 与 の 支 払 者 の 所 在 地 ( 住 所 )		あなたの個人番号		あなたとの続柄					
			あなたの住所 又 は 居 所	( 郵 便 番 号 )					配偶者 の有無	有 ・ 無

扶

あなたに源泉控除対象配偶者、障害者に該当する同一生計配偶者及び扶養親族がなく、かつ、あなた自身が障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生いずれにも該当しない場合には、以下の各欄に記入する必要はありません。

主たる給与から控除を受ける	区分等	( フ リ ガ ナ ) 氏 名	個 人 番 号		令和5年中の 所得の見積額	非居住者である親族	住所又は居所	異動月日及び事由 ( 令和5年中に異動があった 場合に記載してください (以下同じです。 ) )	
			あなたとの続柄	生 年 月 日		生計を一にする事実			
	A 源泉控除 対象配偶者 (注1)					(該当する場合は○印を付けてください。)			
	B 控 除 対 象 扶 養 親 族 (16歳以上) (平20.1.1以前生)	1				<input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 16歳以上30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 30万円以上の支払		
						<input type="checkbox"/> 特定扶養親族			
		2				<input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 16歳以上30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 30万円以上の支払		
						<input type="checkbox"/> 特定扶養親族			
		3				<input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 16歳以上30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 30万円以上の支払		
						<input type="checkbox"/> 特定扶養親族			
		4				<input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 16歳以上30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 30万円以上の支払		
					<input type="checkbox"/> 特定扶養親族				
C 障害者、寡婦、 ひとり親又は 勤 労 学 生	<input type="checkbox"/> 障害者	区分 該当者	本 人	同 一 生 計 配 偶 者 ( 注 2 )	扶 養 親 族	<input type="checkbox"/> 寡 婦 <input type="checkbox"/> ひ と り 親 <input type="checkbox"/> 勤 労 学 生	障害者又は勤労学生の内容 ( この欄の記載に当たっては、裏面の「2 記載についてのご注意」の(8)をお読みください。 )	異動月日及び事由	
	一 般 の 障 害 者				( 人 )				
	特 別 障 害 者				( 人 )				
	同 居 特 別 障 害 者				( 人 )				
上の該当する項目及び欄にチェックを付け、( )内には該当する扶養親族の人数を記入してください。									
D 他の所得者が 控除を受ける 扶 養 親 族 等	氏 名	あなたとの 続 柄	生 年 月 日	住 所 又 は 居 所		控 除 を 受 け る 他 の 所 得 者		異動月日及び事由	
			明・大・昭 平・令			氏 名	あなたとの続柄		住 所 又 は 居 所
			明・大・昭 平・令						

○住民税に関する事項 (この欄は、地方税法第45条の3の2及び第317条の3の2に基づき、給与の支払者を経由して市区長村長に提出する給与所得者の扶養親族等申告書の記載欄を兼ねています。)

16歳未満の 扶 養 親 族 (平20.1.2以後生)	( フ リ ガ ナ ) 氏 名	個 人 番 号	あなたとの 続 柄	生 年 月 日	住 所 又 は 居 所	控 除 対 象 外 国 外 扶 養 親 族 ( 該 当 す る 場 合 は ○ 印 を 付 け て く だ さ い )	令 和 5 年 中 の 所 得 の 見 積 額 ( ※ )	異動月日及び事由	※ 「 令 和 5 年 中 の 所 得 の 見 積 額 」 欄 に は 、 退 職 所 得 を 除 い た 所 得 の 見 積 額 を 記 載 し ま す 。	
	1						円			
	2									円
退職手当等を有する 配 偶 者 ・ 扶 養 親 族	( フ リ ガ ナ ) 氏 名	個 人 番 号	あなたとの 続 柄	生 年 月 日	住 所 又 は 居 所	非 居 住 者 で あ る 親 族 ( 該 当 す る 項 目 に チェックを付けてください。 )	令 和 5 年 中 の 所 得 の 見 積 額 ( ※ )	障害者 区 分	異動月日及び事由	寡婦又はひとり親 <input type="checkbox"/> 寡 婦 <input type="checkbox"/> ひ と り 親
						<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払	円	<input type="checkbox"/> 一 般 <input type="checkbox"/> 特 別		

