

แบบแจ้งรายการเพื่อการหักลดหย่อนข้าราชการ  
วัน/เดือน/ปี ที่แจ้งรายการ

| ชื่อหน่วยงานที่จ่ายเงินได้ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                                       |                          |                                   |                                                                                                                     | เลขประจำตัวประชาชน<br>3 5705 01202 13 7          |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|-----------------|--------------------------------|----------------------|------------------------------|-----------------------|-----|--------------------------|------------|----------------------------------------------|-------------------|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ผู้มีเงินได้ชื่อ นาย เสนีย์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                                       | ชื่อสกุล จินตสิกกรรม     |                                   |                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> ใช้สิทธิเบิกค่าเช่าบ้าน |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| เลขประจำตัวผู้เสียภาษี                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                          | ชื่อธนาคาร                            |                          | เลขที่ธนาคาร                      | เลขที่สหกรณ์                                                                                                        | สหกรณ์กรม                                        | สหกรณ์จังหวัด |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          | ธนาคารกรุงไทย จำกัด(มหาชน)            |                          | 5031620366                        | 020599                                                                                                              | 2000052001                                       |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| ที่อยู่ (ทะเบียนบ้าน) 209 ม.1 เกาะคา ศาลา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                                       |                          |                                   |                                                                                                                     |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| ลำปาง 52130 895599495                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                                       |                          |                                   |                                                                                                                     |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| ที่อยู่ (ใบรับรองภาษี )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                       |                          |                                   |                                                                                                                     |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| ตำแหน่ง ครูชำนาญการพิเศษ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                                       |                          |                                   |                                                                                                                     |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| สังกัด สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาลำ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                                       |                          |                                   |                                                                                                                     |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| 1. สถานะการสมรส <input type="checkbox"/> โสด <input checked="" type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หย่า / หย่าอยู่ คู่สมรสมีเงินได้ <input checked="" type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                                       |                          |                                   |                                                                                                                     |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| 2. <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:15%;">เลขบัตรประชาชน</th> <th style="width:30%;">คำนำหน้าชื่อ ชื่อ-สกุล</th> <th style="width:10%;">สถานภาพ<sup>(ก)</sup></th> <th style="width:10%;">ใช้สิทธิลดหย่อน</th> <th style="width:20%;">วัน / เดือน / ปีพ.ศ.เกิด</th> <th style="width:15%;">อาชีพ<sup>(ข)</sup></th> </tr> <tr> <td>บิดา 3-5705-01202-09-9</td> <td>นาย เสนาะ จินตสิกกรรม</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">22/08/2492</td> <td style="text-align: center;">05</td> </tr> <tr> <td>มารดา</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>คู่สมรส 3-5203-00356-96-0</td> <td>นาง ประพิมพ์ จินตสิกกรรม</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">29/08/2508</td> <td style="text-align: center;">01</td> </tr> <tr> <td>บิดาคู่สมรส</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>มารดาคู่สมรส</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                       |                          |                                   |                                                                                                                     |                                                  |               | เลขบัตรประชาชน                          | คำนำหน้าชื่อ ชื่อ-สกุล | สถานภาพ <sup>(ก)</sup>                | ใช้สิทธิลดหย่อน | วัน / เดือน / ปีพ.ศ.เกิด       | อาชีพ <sup>(ข)</sup> | บิดา 3-5705-01202-09-9       | นาย เสนาะ จินตสิกกรรม | 2   | <input type="checkbox"/> | 22/08/2492 | 05                                           | มารดา             |            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                | <input type="checkbox"/>                                                                      | คู่สมรส 3-5203-00356-96-0 | นาง ประพิมพ์ จินตสิกกรรม | 1   | <input type="checkbox"/> | 29/08/2508                        | 01                                | บิดาคู่สมรส |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                | <input type="checkbox"/>                                                                                            | มารดาคู่สมรส |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                   | <input type="checkbox"/>          |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| เลขบัตรประชาชน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | คำนำหน้าชื่อ ชื่อ-สกุล   | สถานภาพ <sup>(ก)</sup>                | ใช้สิทธิลดหย่อน          | วัน / เดือน / ปีพ.ศ.เกิด          | อาชีพ <sup>(ข)</sup>                                                                                                |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| บิดา 3-5705-01202-09-9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | นาย เสนาะ จินตสิกกรรม    | 2                                     | <input type="checkbox"/> | 22/08/2492                        | 05                                                                                                                  |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| มารดา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> |                                   | <input type="checkbox"/>                                                                                            |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| คู่สมรส 3-5203-00356-96-0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | นาง ประพิมพ์ จินตสิกกรรม | 1                                     | <input type="checkbox"/> | 29/08/2508                        | 01                                                                                                                  |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| บิดาคู่สมรส                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> |                                   | <input type="checkbox"/>                                                                                            |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| มารดาคู่สมรส                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> |                                   | <input type="checkbox"/>                                                                                            |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| 3. จำนวนบุตร รวม 1 คน รวมบุตรลดหย่อนภาษี จำนวน 1 คน<br>(จำนวนบุตรที่มีสิทธิหักลดหย่อนเมื่อรวมกันแล้วต้องไม่เกิน 3 คน)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                                       |                          |                                   |                                                                                                                     |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:30%;">คำนำหน้าชื่อ ชื่อ-สกุล / เลขบัตรประชาชน</th> <th style="width:15%;">วันเดือนปีพ.ศ.เกิด</th> <th style="width:10%;">ความสัมพันธ์<sup>(ค)</sup><br/>(บุตร)</th> <th style="width:10%;">สถานภาพ</th> <th style="width:10%;">ลดหย่อน<sup>(จ)</sup><br/>ภาษี</th> <th style="width:25%;">การเบิกสวัสดิการ :</th> </tr> <tr> <td>1. ไม่ระบุ ต่อตา จินตสิกกรรม</td> <td></td> <td style="text-align: center;">(ค)</td> <td style="text-align: center;">(ก)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> ค่ารักษา</td> </tr> <tr> <td>1-5299-00996-73-2</td> <td style="text-align: center;">22/06/2542</td> <td style="text-align: center;">04</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ศึกษา</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ค่าเล่าเรียน ระดับการศึกษา <span style="float: right;">(ง) 02</span></td> </tr> <tr> <td>2. ....</td> <td></td> <td style="text-align: center;">(ค)</td> <td style="text-align: center;">(ก)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ไม่ศึกษา</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ค่ารักษา</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ศึกษา</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ค่าเล่าเรียน ระดับการศึกษา <span style="float: right;">(ง) <input type="checkbox"/></span></td> </tr> <tr> <td>3. ....</td> <td></td> <td style="text-align: center;">(ค)</td> <td style="text-align: center;">(ก)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ไม่ศึกษา</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ค่ารักษา</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ศึกษา</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ค่าเล่าเรียน ระดับการศึกษา <span style="float: right;">(ง) <input type="checkbox"/></span></td> </tr> </table> |                          |                                       |                          |                                   |                                                                                                                     |                                                  |               | คำนำหน้าชื่อ ชื่อ-สกุล / เลขบัตรประชาชน | วันเดือนปีพ.ศ.เกิด     | ความสัมพันธ์ <sup>(ค)</sup><br>(บุตร) | สถานภาพ         | ลดหย่อน <sup>(จ)</sup><br>ภาษี | การเบิกสวัสดิการ :   | 1. ไม่ระบุ ต่อตา จินตสิกกรรม |                       | (ค) | (ก)                      | 1          | <input checked="" type="checkbox"/> ค่ารักษา | 1-5299-00996-73-2 | 22/06/2542 | 04                       | 1                        | <input type="checkbox"/> ศึกษา | <input type="checkbox"/> ค่าเล่าเรียน ระดับการศึกษา <span style="float: right;">(ง) 02</span> | 2. ....                   |                          | (ค) | (ก)                      | <input type="checkbox"/> ไม่ศึกษา | <input type="checkbox"/> ค่ารักษา | .....       |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ศึกษา | <input type="checkbox"/> ค่าเล่าเรียน ระดับการศึกษา <span style="float: right;">(ง) <input type="checkbox"/></span> | 3. ....      |  | (ค)                      | (ก)                      | <input type="checkbox"/> ไม่ศึกษา | <input type="checkbox"/> ค่ารักษา | ..... |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ศึกษา | <input type="checkbox"/> ค่าเล่าเรียน ระดับการศึกษา <span style="float: right;">(ง) <input type="checkbox"/></span> |
| คำนำหน้าชื่อ ชื่อ-สกุล / เลขบัตรประชาชน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | วันเดือนปีพ.ศ.เกิด       | ความสัมพันธ์ <sup>(ค)</sup><br>(บุตร) | สถานภาพ                  | ลดหย่อน <sup>(จ)</sup><br>ภาษี    | การเบิกสวัสดิการ :                                                                                                  |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| 1. ไม่ระบุ ต่อตา จินตสิกกรรม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          | (ค)                                   | (ก)                      | 1                                 | <input checked="" type="checkbox"/> ค่ารักษา                                                                        |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| 1-5299-00996-73-2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 22/06/2542               | 04                                    | 1                        | <input type="checkbox"/> ศึกษา    | <input type="checkbox"/> ค่าเล่าเรียน ระดับการศึกษา <span style="float: right;">(ง) 02</span>                       |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| 2. ....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          | (ค)                                   | (ก)                      | <input type="checkbox"/> ไม่ศึกษา | <input type="checkbox"/> ค่ารักษา                                                                                   |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ศึกษา    | <input type="checkbox"/> ค่าเล่าเรียน ระดับการศึกษา <span style="float: right;">(ง) <input type="checkbox"/></span> |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| 3. ....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          | (ค)                                   | (ก)                      | <input type="checkbox"/> ไม่ศึกษา | <input type="checkbox"/> ค่ารักษา                                                                                   |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ศึกษา    | <input type="checkbox"/> ค่าเล่าเรียน ระดับการศึกษา <span style="float: right;">(ง) <input type="checkbox"/></span> |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| 4. เบี้ยประกันชีวิตที่จ่ายภาษีในปีภาษี (ให้หักลดหย่อนได้ตามจำนวนที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน บาท ) จำนวน 37,646.40 บาท                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                                       |                          |                                   |                                                                                                                     |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| 5. ดอกเบี้ยเงินกู้เพื่อซื้อ เช่าซื้อ หรือสร้างที่อยู่อาศัย (เฉพาะส่วนที่มีสิทธิขอหักลดหย่อนตามจริงแต่ไม่เกิน บาท ) จำนวน 51,570.88 บาท                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                          |                                       |                          |                                   |                                                                                                                     |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| 6. เงินบริจาค (ให้หักลดหย่อนได้ตามจ่ายจริงแต่ไม่เกินร้อยละ 10 ของเงินได้หลังหักค่าใช้จ่ายและลดหย่อนต่าง ๆ แล้ว) จำนวน บาท                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                                       |                          |                                   |                                                                                                                     |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| 7. จำนวนเงินที่จ่ายเข้ากองทุนประกันสังคม ภายในปีภาษี จำนวน บาท                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                       |                          |                                   |                                                                                                                     |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| 8. สมัครเป็นสมาชิก กบข./ กสจ. <input checked="" type="checkbox"/> สมัคร <input type="checkbox"/> ไม่สมัคร ตั้งแต่วันที่ 27/03/2540                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                                       |                          |                                   |                                                                                                                     |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| ประเภท <input type="checkbox"/> ไม่สะสม <input checked="" type="checkbox"/> สะสม อัตราการสะสม (กรณีสมัครใจ) ร้อยละ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                                       |                          |                                   |                                                                                                                     |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| 9. หน่วยลงทุนกองทุนรวมเพื่อเลี้ยงชีพ จำนวน บาท กองทุนรวมเพื่อการออมจำนวน บาท                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                       |                          |                                   |                                                                                                                     |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| ขอรับรองว่ารายการที่แสดงไว้เป็นความจริงทุกประการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                                       |                          |                                   |                                                                                                                     |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |
| ลงชื่อ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                          |                                       |                          | ผู้มีเงินได้                      |                                                                                                                     |                                                  |               |                                         |                        |                                       |                 |                                |                      |                              |                       |     |                          |            |                                              |                   |            |                          |                          |                                |                                                                                               |                           |                          |     |                          |                                   |                                   |             |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |              |  |                          |                          |                                   |                                   |       |  |                          |                          |                                |                                                                                                                     |

หมายเหตุ 1. ปีภาษี หมายถึง เดือนมกราคม - ธันวาคม 2. ให้แจ้งรายการเพื่อการหักลดหย่อนก่อนถูกหักภาษี และทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงรายการข้างต้น  
ของระบุ (ก) เลือกได้สถานภาพชีวิต 1 = มีชีวิต 2 = เสียชีวิต 3 = สาบสูญ 4 = คนไร้ความสามารถ  
ของระบุ (ข) เลือกได้อาชีพ 1 = รับราชการ 2 = รับจ้าง 3 = ธุรกิจส่วนตัว 4 = รัฐวิสาหกิจ/รปท. 5 = ผู้รับบำนาญ 6 = เกษตรกร/กสิกรรม  
7 = พนง.ท้องถิ่น / เทศบาล 8 = ไม่ทำงาน 9 = อื่นๆ  
ของระบุ (ค) เลือกได้ความสัมพันธ์ประเภทบุตร 4 = บุตร 5 = บุตรของคู่สมรส 6 = บุตรบุญธรรม 7 = บุตรจากการรับรองทางกฎหมาย  
ของระบุ (ง) เลือกได้ระดับการศึกษา 0 = ต่ำกว่าประถม 1 = ประถม 2 = มัธยม 3 = ปวช. 4 = ปวส. 5 = ปวท. 6 = อนุปริญญา  
7 = ปริญญาตรี 8 = สูงกว่าปริญญาตรี 9 = ไม่ศึกษา  
ของระบุ (จ) 1 = ลดหย่อนเต็ม 2 = ลดหย่อนคนละครึ่ง