

# 令和5年分 公的年金等の受給者の扶養親族等申告書

令和5年の最初の公的年金等の支払を受ける日の前日までに、公的年金等の支払者に提出する。

所轄税務署長等	公的年金等の支払者の名称	(フリガナ) あなたの氏名	あなたの生年月日	昭和 年 月 日
税務署長	公的年金等の支払者の法人番号	あなたの個人番号	世帯主の氏名	
市区町村長	公的年金等の支払者の所在地	あなたの住所又は居所	あなたとの続柄	配偶者の有無 有・無



区分等	(フリガナ) 氏名	個人番号		老人控除対象配偶者又は老人扶養親族(昭29.1.1以前生)	令和5年中の所得の見積額	住所又は居所																		
		あなたとの続柄	生年月日	特定扶養親族(平13.1.2生～平17.1.1生)	非居住者である親族																			
A 源泉控除対象配偶者(注1)			明・大昭・平		円																			
B 控除対象扶養親族(16歳以上)(平20.1.1以前生)			明・大昭・平		円																			
			明・大昭・平		円																			
			明・大昭・平		円																			
			明・大昭・平		円																			
C 障害者、寡婦又はひとり親	<input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 寡婦 <input type="checkbox"/> ひとり親	<table border="1"> <tr> <th>区分</th> <th>該当者</th> <th>本人</th> <th>同一生計配偶者(注2)</th> <th>扶養親族</th> </tr> <tr> <td>一般の障害者</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>特別障害者</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>同居特別障害者</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	区分	該当者	本人	同一生計配偶者(注2)	扶養親族	一般の障害者				特別障害者				同居特別障害者				障害者の内容 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一生計配偶者 <input type="checkbox"/> 扶養親族			障害の状態 氏名	
		区分	該当者	本人	同一生計配偶者(注2)	扶養親族																		
		一般の障害者																						
		特別障害者																						
同居特別障害者																								
(注)1 源泉控除対象配偶者とは、受給者(令和5年中の所得の見積額が900万円以下の人)に限り、生計を一にする配偶者(青色事業専従者として給与の支払を受ける人及び白色事業専従者を除きます。)で令和5年中の所得の見積額が95万円以下の人をいいます。 2 同一生計配偶者とは、受給者と生計を一にする配偶者(青色事業専従者として給与の支払を受ける人及び白色事業専従者を除きます。)で、令和5年中の所得の見積額が48万円以下の人をいいます。																								
D 他の所得者が控除を受ける扶養親族等	氏名	あなたとの続柄	生年月日	住所又は居所	控除を受ける他の所得者																			
			明・大昭平・令		氏名	あなたとの続柄 住所又は居所																		

◎この申告書は、あなたの公的年金等(確定給付企業年金や一定金額以下の公的年金を除きます。)について、障害者や源泉控除対象配偶者などを対象とする人的控除を受けようとする場合又は「住民税に関する事項」に記載する事項がある場合に提出する必要がある場合があります。◎この申告書の記載に当たっては、裏面の「申告についてのご注意」をお読みください。

◎ 住民税に関する事項 (この欄は、地方税法第45条の3の3及び第317条の3の3に基づき、公的年金等の支払者を經由して市区町村長に提出する公的年金等受給者の扶養親族等申告書の記載欄を兼ねています。)

16歳未満の扶養親族(平20.1.2以後生)	(フリガナ) 氏名	個人番号	あなたとの続柄	生年月日	住所又は居所	控除対象外国外扶養親族(該当する場合は○印を付けてください。)	令和5年中の所得の見積額(※)	※「令和5年中の所得の見積額」欄には、退職所得を除いた所得の見積額を記載します。
				平・令				
退職手当等を有する配偶者・扶養親族	(フリガナ) 氏名	個人番号	あなたとの続柄	生年月日	住所又は居所	障害者区分	非居住者である親族(該当する項目にチェックを付けてください。)	令和5年中の所得の見積額(※)
				明・大昭平・令		<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特別	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払	寡婦又はひとり親 <input type="checkbox"/> 寡婦 <input type="checkbox"/> ひとり親