

令和6年分 給与所得者の扶養控除等（異動）申告書

所轄税務署長等 東 税務署長 大阪 市	給与の支払者の名称(氏名) 法人番号は、下記の番号をご記載ください。 120005010076	(フリガナ) あなたの氏名 あなたの個人番号 あなたの住所又は居所	ビョウイン ハナコ 病院 花子 世帯主の氏名 本人 (郵便番号 558-8558) 大阪市住吉区万代東3-1-56	あなたの生年月日 明・大 平・令	あなたの住所又は居所 配偶者の有無 有
---------------------------------	---	--	--	------------------------	---------------------------

2カ所以上から給与の支払いを受けてる人が、他の給与支払者に「従たる給与についての扶養控除申告書」を提出している場合に○をつけます。



あなた計配偶者及び扶養親族がなく、かつ、あなた自身が障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生のいずれにも該当しない場合には、以下の各欄に記入する必要はありません。

主たる給与から控除を受ける	源泉控除対象配偶者(注1)	個人番号 個人番号は、記入しないでください。	老人扶養親族(昭和30.1.1以前生)	令和6年中の所得の見積額 400,000円	非居住者である親族 生計を一にする事実 (該当する場合は○印を付けてください。)	住所又は居所 大阪市住吉区万代東3-1-56	異動月日及び事由 (令和6年中に異動があった場合に記載してください。以下同じです。)
	控除対象扶養親族(16歳以上)(平21.1.1以前生)	1 病院 守 子 個人番号は、記入しないでください。	<input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> 特定扶養親族	0円	<input checked="" type="checkbox"/> 16歳以上30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払	控除対象配偶者または控除対象扶養親族が、非居住者である場合に○をつけます。 ※親族関係書類の添付が必要です。 ※「留学」にチェックを付けた場合は、留学ビザ等書類の添付が必要です。	【源泉控除対象配偶者】 所得の見積額が95万円を超える人は、源泉控除対象配偶者には該当しません。 【源泉対象扶養親族】 所得の見積額48万円を超える人は、控除対象扶養親族に該当しません。 (参考) ①収入が給与所得のみの場合の給与等の収入金額と所得金額の関係(具体例)は次の表のとおりです。
		2 病院 宮子 子 個人番号は、記入しないでください。	<input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 特定扶養親族	300,000円	<input type="checkbox"/> 16歳以上30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払		
		3 病院 一雄 実父 個人番号は、記入しないでください。	<input checked="" type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 特定	300,000円	<input type="checkbox"/> 16歳以上30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払		
4							
C 障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生	<input checked="" type="checkbox"/> 障害者 区分 一般の障害者 特別障害者 同居特別障害者	本人 同一生計配偶者(注2) 扶養親族 寡婦 ひとり親 勤労学生	病院一雄、身体障害者3級 身体障害者手帳 平成27年4月11日交付	左記の障害者等に該当する(人がいる)場合、その該当する事実やその人の氏名等を記載します。			

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
					氏名 あなたとの続柄 住所又は居所

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

16歳未満の扶養親族(平21.1.2以後生)	氏名 病院 勝	個人番号 個人番号は、記入しないでください。	あなたとの続柄 子	生年月日 21・7・5	住所又は居所 大阪市住吉区万代東3-1-56	控除対象外国扶養親族(該当する場合は○印を付けてください。)	金額 0円
退職手当等を有する配偶者・扶養親族	氏名	個人番号	あなたとの続柄	生年月日	住所又は居所	非居住者である(該当する項目にチェックを付けてください。)	金額 円

②収入が公的年金等に係る雑所得のみの場合の公的年金等の収入金額と所得金額の関係(具体例)は次の表のとおりです。

	公的年金等の収入金額	所得金額
60歳以上	1,633,334円	950,000円
	1,080,000円	480,000円
65歳以上	2,050,000円	950,000円
	1,580,000円	480,000円

貴方が該当する場合に○をつけます。

年齢16歳未満の扶養親族を記載します。

国内に住居を有しない扶養親族に該当する場合に○をします。

この申告書の提出は、○印を付けてください。

この申告書の提出は、○印を付けてください。