

対象年（提出年） 令和 年分 公的年金等の受給者の扶養親族等申告書

年金からの所得控除（寡婦控除、障害者控除、配偶者控除、扶養控除などの人的控除）を希望される方は、下記についてご記入ください（この申告書の提出がない場合でも、本人分の公的年金等控除・基礎控除が適用されます。）。

共済組合受付印

(1) ご本人の氏名、生年月日、住所、基礎年金番号、個人番号（マイナンバー）をご記入ください。

フリガナ											生年月日	大・昭	年	月	日
氏名															
郵便番号															
住所															
基礎年金番号															

ご本人の個人番号（マイナンバー）が確認できる書類（個人番号カードのコピー、個人番号が記載された住民票または通知カード（氏名、住所等が住民票の記載と一致する場合に限ります。）のコピーのいずれか）を添付してください。

提出日、電話番号を記入してください。ご本人が障害者・寡婦等に該当しない場合は、下記事項を○で囲む必要はありません。

提出日	令和 年 月 日 提出	本人障害	普通障害	特別障害
電話番号	() - () - ()	寡婦等	寡婦 ひとり親	地方税控除 寡婦 ひとり親

(2) 上記の対象年の扶養親族等の状況についてご記入ください。

（ご本人に控除対象配偶者や扶養親族がなく、ご本人自身が障害者・寡婦等に該当しない場合は、下記事項を記入する必要はありません。）

	フリガナ 氏名		続柄	生年月日	種別	障害	同居・別居・非居住者の区分	所得金額 (退職所得を含む)	退職所得を除いた 所得金額
	個人番号(マイナンバー)								
源泉控除対象 配偶者又は障害者に該当する同一生計配偶者			夫・妻	明大昭平 年 月 日		普通障害 特別障害 (配偶者の区分が「1」又は「3」の場合)	同居 別居 非居住者	万円(年間)	万円(年間)
	配偶者の区分	受給者の合計所得の見積額が900万円以下 1. 配偶者の合計所得見積額が48万円以下 2. 配偶者の合計所得見積額が48万円超～95万円以下		受給者の合計所得の見積額が900万円超 3. 配偶者の合計所得見積額が48万円以下 (※配偶者が障害者でない場合は控除の対象になりません。)					
控除対象 扶養親族 (16歳以上)				明大昭平 年 月 日		普通障害 特別障害	同居 別居 非居住者	万円(年間)	万円(年間)
				明大昭平 年 月 日		普通障害 特別障害	同居 別居 非居住者	万円(年間)	万円(年間)
扶養親族 (16歳未満)				平令 年 月 日		普通障害 特別障害	同居 別居 非居住者	万円(年間)	万円(年間)
他の所得者が 控除を受ける 扶養親族等	フリガナ 氏名		続柄	生年月日	異動月日及び事由	控除を受ける他の所得者			
	住所					氏名	続柄		
他の所得者が 控除を受ける 扶養親族等				明大昭平 年 月 日					
				明大昭平 年 月 日					
摘要									

※ 「扶養親族(16歳未満)」欄は、地方税法第45条の3の3および第317条の3の3の規定による「公的年金等受給者の扶養親族申告書」の記載欄を兼ねています。

(3) あなたが年金の支払いを受ける支払者（申告先）に☑ を一つ入れてください。

年金の支払者 (申告先)	<input type="checkbox"/>	国家公務員共済組合連合会	2010005002559
	<input type="checkbox"/>	地方職員共済組合	2700150001147
	<input type="checkbox"/>	地方職員共済組合団体共済部	8700150003179
	<input type="checkbox"/>	公立学校共済組合	9700150000613
	<input type="checkbox"/>	警察共済組合	2700150005742
	<input checked="" type="checkbox"/>	全国市町村職員共済組合連合会	4010005002573

実施機関記入欄

年	区分	本人			被扶養者			障害			有無	非居住	
		寡	特	普	特	老	16	一	同	別			普
5													

※提出年より前に年金が受けられる場合は、過去の年分の扶養親族等申告書をすべて提出していただくことになります。