

令和 02 年分 給与所得者の扶養控除等（異動）申告書

所轄税務署長等	給与の支払者の名称（氏名）	株式会社ホスメモ	（フリガナ）	ホスメモ タロウ	あなたの生年月日	明・大平 60年 4月 1日	従たる給与についての扶養控除等申告書の提出 （提出している場合には、○印を付けてください。）
税務署長	給与の支払者の法人（個人）番号	※この申告書の提出を受けた給与の支払者が記載してください。		あなたの氏名	世帯主の氏名	ホスメモ 太郎	
市区町村長	給与の支払者の所在地（住所）	東京都港区西麻布1-1-2オフィスホスメモ	あなたの個人番号	あなたの住所又は居所	あなたとの続柄	本人	
				（郵便番号 106- 0031） 東京都港区西麻布1-1-1ホスメモタワーマンション1101	配偶者の有無	有・無	

あなたに源泉控除対象配偶者、障害者に該当する同一生計配偶者及び扶養親族がなく、かつ、あなた自身が障害者、寡婦、寡夫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。

区分等	（フリガナ）氏名	個人番号		老人扶養親族 特定扶養親族	所得の見積額		住所又は居所	異動月日及び事由																			
		あなたとの続柄	生年月日		非居住者である親族	生計を一にする事実																					
A 源泉控除対象配偶者			明・大昭・平			円																					
B 控除対象扶養親族（16歳以上）	1		明・大昭・平	<input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他		円																					
	2		明・大昭・平	<input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 特定扶養親族		円																					
	3		明・大昭・平	<input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 特定扶養親族		円																					
	4		明・大昭・平	<input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 特定扶養親族		円																					
C 障害者、寡婦、寡夫又は勤労学生	<input type="checkbox"/> 障害者 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>区分</td> <td>該当者</td> <td>本人</td> <td>同一生計配偶者(注2)</td> <td>扶養親族</td> </tr> <tr> <td>一般の障害者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>(0)人</td> </tr> <tr> <td>特別障害者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>(0)人</td> </tr> <tr> <td>同居特別障害者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>(0)人</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 寡婦 <input type="checkbox"/> 特別の寡婦 <input type="checkbox"/> 寡夫 <input type="checkbox"/> 勤労学生			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				(0)人	特別障害者				(0)人	同居特別障害者				(0)人	左記の内容(この欄の記載に当たっては、裏面の「2 記載についてのご注意」(8)をお読みください。)			異動月日及び事由
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				(0)人																							
特別障害者				(0)人																							
同居特別障害者				(0)人																							
上の該当する項目及び欄にチェックを付け、()内には該当する扶養親族の人数を記入してください。																											

D 他の所得者が控除を受ける扶養親族等	氏名	あなたとの続柄	生年月日	住所又は居所	控除を受ける他の所得者			異動月日及び事由
					氏名	あなたとの続柄	住所又は居所	
			明・大昭・平					
			明・大昭・平					

○住民税に関する事項

16歳未満の扶養親族	（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	控除対象外国扶養親族	所得の見積額	異動月日及び事由
1				平			円	
2				平			円	
3				平			円	

○「16歳未満の扶養親族」欄は、地方税法第45条の3の2第1項及び第2項並びに第317条の3の2第1項及び第2項に基づき、給与の支払者を經由して市区町村長に提出しなければならないとされている給与所得者の扶養親族申告書の記載欄を兼ねています。



○この申告書は、あなたの給与について扶養控除、障害者控除などの控除を受けるために提出するものです。
 ○この申告書は、源泉控除対象配偶者、障害者に該当する同一生計配偶者及び扶養親族に該当する人がいない人も提出する必要はありません。
 ○この申告書は、2か所以上から給与の支払を受けている場合には、そのうちの1か所にしか提出することができません。
 ○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」等をお読みください。