令和７年分　給与所得者の扶養控除等（異動）申告書

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〇をつけます。

法人番号は、下記の番号をご記載ください。

個人番号は、記入しないでください。

給与の支払者の所在地等の所轄税務署長（東税務署長）と貴方の住所地等の市区町村長を記載します。

所轄税務署長等	東 税務署長	大阪 市・区・町・村長	
給与の支払者の名称（氏名）			
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。 1 2 0 0 0 5 0 1 0 0 7 6		
給与の支払者の所在地(住所)			

(フリガナ) あなたの氏名	ビョウイン　ハナコ 病院　花子	あなたの生年月日	明・大・昭・平・令
		世帯主の氏名	病院　花子
あなたの個人番号		あなたとの続柄	本人
あなたの住所又は居所	(郵便番号 558－ 8558) 大阪市住吉区万代東３－１－５６	配偶者の有無	有・無

いての扶養控除等申告書の提出（提出している場合には、〇印を付けてください。）

あなた[illegible]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。

◎この申告書は、あなたのうちの1か所に提出するためのものです。
◎この申告書は、源泉控除対象配偶者や扶養親族に該当する[illegible]
◎この申告書の記載にお読みください。

主たる給与から控除を受ける

		個人番号	続柄	生年月日	老人扶養親族(昭31.1.1以前生)・特定扶養親族(平15.1.2生～平19.1.1生)	令和７年中の所得の見積額	非居住者である親族・生計を一にする事実(該当する場合は〇印を付けてください。)	住所又は居所	異動月日及び事由(令和7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)。)
A 源泉控除対象配偶者(注1)	ビョウイン　タロウ 病院　太郎	個人番号は、記入しないでください。		明・大・昭・平 54・10・5		400,000円		大阪市住吉区万代東３－１－５６	
B 控除対象扶養親族(16歳以上)(平22.1.1以前生) 1	ビョウイン　マモル 病院　守	個人番号は、記入しないでください。	子	明・大・昭・平 14・2・4	□同居老親等 □その他 ✓特定扶養親族	0円	✓16歳以上30歳未満又は70歳以上 □留学 □障害者 □38万円以上の支払		
2	ビョウイン　ミヤコ 病院　宮子	個人番号は、記入しないでください。	子	明・大・昭・平 18・5・17	□同居老親等 □その他 □特定扶養親族				
3	ビョウイン　カズオ 病院　一雄	個人番号は、記入しないでください。	実父	明・大・昭・平 19・5・8	✓同居老親等 □その他 □特定	300,000円	□16歳以上30歳未満又 □留学 □障害者 □38万円以上の支払		
4				明・大・昭・平 ・・					

控除対象配偶者または控除対象扶養親族が、非住居者である場合に✓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。

控除対象扶養親族が、年齢19歳以上23歳未満の場合に✓をつけます。

控除対象扶養親族が、年齢70歳以上の場合には、いずれかに✓をつけます。
①その人が貴方または貴方の配偶者の直系尊属で同居を常況としている人であるとき　⇒同居老親等
②その人が①以外の人であるとき　⇒その他

【源泉控除対象配属者】
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。

給与の収入金額		所得金額
所得金額調整控除の適用を受ける場合	11,100,000円	9,000,000円
所得金額調整控除の適用を受けない場合	10,950,000円	
1,500,000円		950,000円
1,030,000円		480,000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

C 障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生

✓障害者

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			✓（1人）
特別障害者			（　人）
同居特別障害者			（　人）

□寡
□ひとり親
□勤労学生

病院一雄、身体障碍者３級　身体障害者手帳　平成 27 年４月 11 日交付

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。

(注)1　源泉控除対象配偶者とは、[illegible]支払を受ける人及び白色[illegible]
2　同一生計配偶者とは、[illegible]48万円[illegible]

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。

貴方が該当する場合に✓をつけます。

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
		明・大・昭・平・令 ・・	
		明・大・昭・平・令 ・・	

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、給与の支払者を経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22.1.2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(該当する場合は〇印を付けてください。)	令和7年中の所得の見積額
1	ビョウイン　マサル 病院　勝	個人番号は、記入しないでください。	子	平 21・7・5	大阪市住吉区万代東３－１－５６		0円
2				平・令 ・・			

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〇をします。

退職手当等を有する配偶者・扶養親族

(フリガナ)氏名	あなたとの続柄	生年月日	住所又は居所	非居住者である親族(該当する項目にチェックを付け[illegible])	令和7年中の所得の見積額	退職所得を除いた所得の見積額	寡婦又はひとり親
		明・大・昭・平・令 ・・		□配偶者 □30歳未満又は70歳以上 □留学 □障害者 □38万円以上の支払	円	□一般 □特別	□寡婦 □ひとり親