

令和7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） | | （フリガナ） あなたの氏名 | あなたの生年月日 | 明・大・昭 平・令 | 年 | 月 | 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。 | あなたの個人番号 | 世帯主の氏名 | | | | | |
| 市区町村長 | 給与の支払者の 所在地（住所） | | あなたの住所 又は居 所 | （郵便番号 - ） | | | 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、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 | 区 分 等 | （ フ リ ガ ナ ） 氏 名 | 個 人 番 号 | | 老人扶養親族 （昭31.1.1以前生） | 令和7年中の 所得の見積額 | 非居住者である親族 | | 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。）） |
| | | | あなたとの続柄 | 生 年 月 日 | | | 特定扶養親族 （平15.1.2生～平19.1.1生） | 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。） | | |
| | A 源泉控除 対象配偶者 （注1） | | | | | 円 | | | | |
| | B 控 除 対 象 扶 養 親 族 （16歳以上） （平22.1.1以前生） | 1 | | | | <input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他 | 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 | | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> 特定扶養親族 | | | | |
| | | 2 | | | | <input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他 | 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 | | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> 特定扶養親族 | | | | |
| | | 3 | | | | <input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他 | 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 | | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> 特定扶養親族 | | | | |
| | | 4 | | | | <input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他 | 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 | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 特定扶養親族 | | | | | |
| C 障害者、寡婦、 ひとり親又は 勤 労 学 生 | <input type="checkbox"/> 障害者 | 該 当 者 | 本 人 | 同 一 生 計 配 偶 者（注2） | 扶 養 親 族 | <input type="checkbox"/> 寡 婦 <input type="checkbox"/> ひ と り 親 <input type="checkbox"/> 勤 労 学 生 | 障害者又は勤労学生の内容（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」の(9)をお読みください。） | | | 異動月日及び事由 |
| | | 区 分 | | | | | | | | |
| | | 一般の障害者 | | | | | （ 人 ） | | | |
| | | 特別障害者 | | | | | （ 人 ） | | | |
| | | 同居特別障害者 | | | （ 人 ） | | （注）1 源泉控除対象配偶者とは、所得者（令和7年中の所得の見積額が900万円以下の人）に限ります。）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7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、所得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7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 | | | 異動月日及び事由 |
| | | | | | 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○印を付けてください。） | 令和7年中の 所得の見積額（※） | 異動月日及び事由 | ※ 「令和7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。 | |
| | 1 | | | | | | 円 | | | |
| | 2 | | | | | | | | | 円 |
| 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 | 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7年中の 所得の見積額（※） | 障害者 区 分 | 異動月日及び事由 | 寡婦又はひとり親 <input type="checkbox"/> 寡婦 <input type="checkbox"/> ひ と り 親 |
| | | | | | | <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 | 円 | <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特別 | | |
| | | | | | | | | | | |

○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、2か所以上から給与の支払を受けている場合には、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があります。

○この申告書の記載に当たっては、裏面の「1 申告についてのご注意」等をお読みください。



記載のしかたはこちら

