



平成 年分
公的年金等の受給者の
扶養親族等申告書

平成 年 月 日 提出

麹町税務署長殿	公的年金等の 支払者の名称	全国市町村職員共済組合連合会
市区町村長殿	公的年金等の 支払者の所在地	東京都千代田区二番町2

(フリガナ) あなたの氏名	あなたの住所 または居所 (郵便番号)	あなたの住所 または居所
世帯主の氏名及び あなたとの続柄	あなたの 生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 配の 偶有者無 有・無

あなた自身が障害者でなく、かつ、あなたに控除対象配偶者や扶養親族がない場合には、以下の各欄に記入する必要はありません。

区 分	氏 名	あなたとの 続 柄	生 年 月 日	住 所 又 は 居 所	年間所得の見積額			
A 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)			明・大 昭・平		円			
			明・大 昭・平		円			
			明・大 昭・平		円			
C 障 害 者 等	障 害 者 等 の 事 実 (該当する欄に○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。)							
	区 分	一般の障害者	特別障害者	同居特別 障 害 者	老人控除 対象配偶者	特 定 扶 養 親 族	老 人 扶 養 親 族	障 害 者 の 場 合 氏 名 手帳の種類又は番号 交付年月日 程度(等級) () () (年 月 日) () () () (年 月 日) ()
	本 人							
	控 除 対 象 配 偶 者							
扶 養 親 族	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人			
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			
			明・大 昭・平					
			明・大 昭・平					

○ 住民税に関する事項

氏 名	あなたとの 続 柄	生 年 月 日	住 所 又 は 居 所	年間所得の見積額
住民税に 関 する 事 項		平成		
16歳未満の 扶 養 親 族		平成		

◎「16歳未満の扶養親族」欄は、地方税法第45条の3の3第1項及び第317条の3の3第1項に基づき、公的年金等の支払者を経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。