対象年（提出年）	平成　　年分

公的年金等の受給者の扶養親族等申告書

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）を記入し、ご本人の性別、配偶者の有無を○で囲んだうえで、必ず押印してください。

フリガナ		㊞	生年月日	大・昭　　年　　月　　日	
氏　　名					
郵便番号	―　　／	性別	男・女	配偶者の有無	有・無
住　　所					
基礎年金番号	―　　／	個人番号（マイナンバー）			

ご本人の個人番号（マイナンバー）が確認できる書類（通知カードまたは個人番号カードの写し、個人番号が記載された住民票のいずれか）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。

提出日	平成　　年　　月　　日　提出
電話番号	（　　）－（　　）－（　　）

（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・特別寡婦・寡夫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 / 個人番号（マイナンバー）		続柄	生年月日	障害	同居・別居・非居住者の区分	所得の種類・金額
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		老人（配偶者の区分が「1」かつ70歳以上）	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）
	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38万円以下 2. 配偶者の合計所得見積額が38万円超～85万円以下		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38万円以下 （※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）		特定老人		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
		特定老人		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
扶養親族（16歳未満）				平成　年　月　日	普通障害 特別障害	同居 別居 非居住者	万円

	フリガナ 氏名 / 住所	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 氏名 / 住所	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		本人障害	普通障害 特別障害
		寡婦・寡夫	寡婦 特別寡婦 寡夫

※　「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）	口			法人番号
地方公務員共済組合		☐	国家公務員共済組合連合会	2010005002559
		☐	地方職員共済組合	2700150001147
		☐	地方職員共済組合団体共済部	
		☐	公立学校共済組合	8700150003179
		☐	警察共済組合	9700150000613
		☐	東京都職員共済組合	2700150005742
		☑	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 寡	本人 特	本人 普	配偶者	被扶養者 特	被扶養者 老	被扶養者 16	被扶養者 一	障害 同	障害 別	障害 普	有無	非居住
4														

※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。