

# 採用書類 チェックシート

※本チェックシートは採用書類提出時に併せてご提出ください。職員番号、組合員証の番号は現在ご使用のものと同じです。  
 当院での勤務開始時点の住所・通勤経路をご記入ください。未定の場合は空欄で提出し、決まり次第早急にご連絡ください。

例	資料名	該当者	提出	備考欄（提出できない理由等を記載してください）
	保険医登録票の原本	全員	×	現勤務先病院で管轄変更手続きを行ったため
web	通勤届	全員		web申請については別途ご案内いたします
指定の様式に記入 ください	連絡用住所・電話番号			
	扶養控除申告書			
	麻薬施用者免許証記載事項変更届 ※当院が既に登録されている場合は不要			
	医療情報システム（MINK）利用者登録申請書			
	緩和ケア研修修了者の申請について			
	抗体調査表			
	駐車許可申請書		利用希望者のみ	
ご自身で 準備	保険医登録票の原本 ※当院基幹プログラム採用者：全員原本をご提出下さい ※連携プログラムからお越しの方：当院での研修後、 現病院以外に異動する場合は、原本をご提出下さい	いずれか提出下さい		
	保険医登録票の写し ※連携プログラムからお越しの方で、当院での研修後、現 病院に帰院する場合は写しをご提出下さい			



## 連絡用住所・電話番号

連絡用医師名簿作成のため、住所・電話番号等をご記入の上提出してください。

なお、この情報は救急外来で緊急連絡に使用します。このため、電話番号等に変更がありましたら、速やかに総務課へ連絡してください。

診療科： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

職員番号： \_\_\_\_\_

住所：〒 \_\_\_\_\_

電話番号：           —           — \_\_\_\_\_

メールアドレス： \_\_\_\_\_







《医師（非常勤等含む）用》  
【総務課が診療科部長の承認印を得たうえで提出する】

申請日： 年 月 日

# 医療情報システム（MINK）利用者登録申請書

私は、医療情報システム利用にあたり誓約事項に同意し、以下のとおり医療情報システム利用者登録を申請いたします。

太枠の中をすべて記入ください（※は必須項目です）。

職員番号※ (6桁)										職員番号がMINK利用者ID となります。	パスワード	登録作業完了後初期パスワードをご連絡しますので ご自身で直ちにパスワードを変更してください。					
氏名※ (カナ)											本人確認印 	院内連絡先※					
氏名※ (漢字)																	
性別※	男・女		生年月日※			昭和・平成			年	月	日生						
職種※	<input type="checkbox"/> 法人医師 <input type="checkbox"/> 非常勤医師 <input type="checkbox"/> 専門研修医師 <input type="checkbox"/> 臨床・フェロー <input type="checkbox"/> 嘱託医師 <input type="checkbox"/> 集中治療フェロー <input type="checkbox"/> 応援医師 <input type="checkbox"/> 後期研修医師 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト医師 <input type="checkbox"/> その他任期付き職員 <input type="checkbox"/> その他( )																
役職 (正規医師のみ)	<input type="checkbox"/> 院長 <input type="checkbox"/> 副院長 <input type="checkbox"/> 部長 <input type="checkbox"/> 医長 <input type="checkbox"/> 副医長 <input type="checkbox"/> 医員																
所属診療科※																	
※担当診療科	規定科					科											
	その他					科					科					科	
麻薬施用者番号 (医師、研修医のみ)					PHS番号(院外処方用) (医師、研修医のみ)								PHS番号は院外処方箋に表示されます				
利用開始※ 希望日	2	0	年	月	日	システムの性質上、本登録内容がシステムに反映されるまで2日以上を要する場合がございます。ご了承ください。											

医療情報部			総務課		
課長	係長	担当	課長	係長	担当

(所属長の確認)

\_\_\_\_\_ 科 ★

部長 \_\_\_\_\_ 印

★が利用停止時の申請責任組織



医療情報システム（MINK）

誓約書

私は、患者の診療情報の重要性に鑑み、医療者として刑法、医療法その他の医療関連法規ならびに個人情報保護法を遵守するとともに、医療情報システム運用管理規程に則り、下記の事項を遵守してシステムを利用することを誓約いたします。

**同意事項**（以下の項目を熟読し、内容を十分確認したうえで □内にチェックを入れて下さい）

- 1. 自分が関係する患者以外の情報を閲覧しません。
- 2. MINKから入手した患者等の個人情報や診療情報データを許可なく院外に持ち出しません。やむを得ず情報を持ち出す場合は、別途定められた様式に記入し、所属長の承認を得たうえで届け出ます。
- 3. MINKから知り得た患者等の個人情報や診療情報は一切他人に知らせたり、不当な目的に使用しません。
- 4. 離席する際は、他の人に自分の名前で利用されないよう、また覗き見や情報の抜き取りをされないようMINKをログオフします。
- 5. その他MINKで知り得た診療情報等の個人情報は一切他人に知らせたり、不当な目的に使用しません。
- 6. 項番5は、当院在職中はもちろん転勤退職等で当院を離職した後も遵守します。

平成 年 月 日

署名 \_\_\_\_\_ (印)

ここからはサービスデスク記入欄です。

No.	工程	登録者 確認	登録内容 確認	備考	No.	工程	登録者 確認	登録内容 確認	備考
1	医療情報部承認				7	ユーザ辞書登録			
2	利用者ID確認				8	登録通知作成			
3	HR職員マスタ登録				9	Wチェック			
4	職員担当科マスタ登録				10	登録通知提出			
5	IBARS職員マスタ				11	登録リスト提出			
6	ポータル同期								

登録日	年 月 日	確認日	年 月 日
作業者		内容 確認者	







# 新規入職者に対する職業感染予防のための指針 (院内感染防止に係る対応について)

神戸市立医療センター中央市民病院  
感染管理室

## I. 指針

- 1、当院では職員全員の感染予防（うつさない）と健康の確保（もらわない）の一環として、患者と接触する可能性のある職員全員（協力法人職員含む）を対象に、必要なワクチン接種の徹底を行っている。
- 2、ワクチン接種及び抗体価検査が必要なウイルス感染症は麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎、B型肝炎である。
- 3、職種ごとの対応は以下の通りである。

職種	対応
医師、歯科医師、看護師、助産師、准看護師、歯科衛生士、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床検査技師、心理判定員、診療放射線技師、薬剤師、臨床工学技士、	<ul style="list-style-type: none"><li>・ワクチン接種歴、抗体価を抗体調査表に明記し、各種証明書を提出する。</li><li>・ワクチン接種、抗体価検査が追加で必要な場合は入職までに自身で実施。</li></ul>
ナースエイド、救命士クラーク、院内保育士、事務職員、委託派遣職員、KMCP 協力法人	<ul style="list-style-type: none"><li>・ワクチン接種歴、抗体価がある場合はそれらを抗体調査表に明記し、各種証明書を提出する。</li><li>・ワクチン接種、抗体価検査が追加で必要な場合は入職後実施。</li></ul>

- 3、基準については、一般財団法人日本環境感染学会『医療従事者のためのワクチンガイドライン（第2版）』に準拠し作成し、『医療従事者のためのワクチンガイドライン（第3版）』に準拠し改訂を行った。
- 4、本指針および対応については、平成28年度入職者（平成28年4月1日）より適応を開始する。
- 5、入職後のワクチン接種及び抗体価検査は、職員への曝露リスク、発症による院内感染のリスクがある。リスクを最小限にする為、入職前の必要なワクチン接種・抗体価獲得により、職業感染予防を図る。
- 6、ワクチン接種禁忌者は、その旨を備考欄に記入する。

以上

最終更新：2024年6月

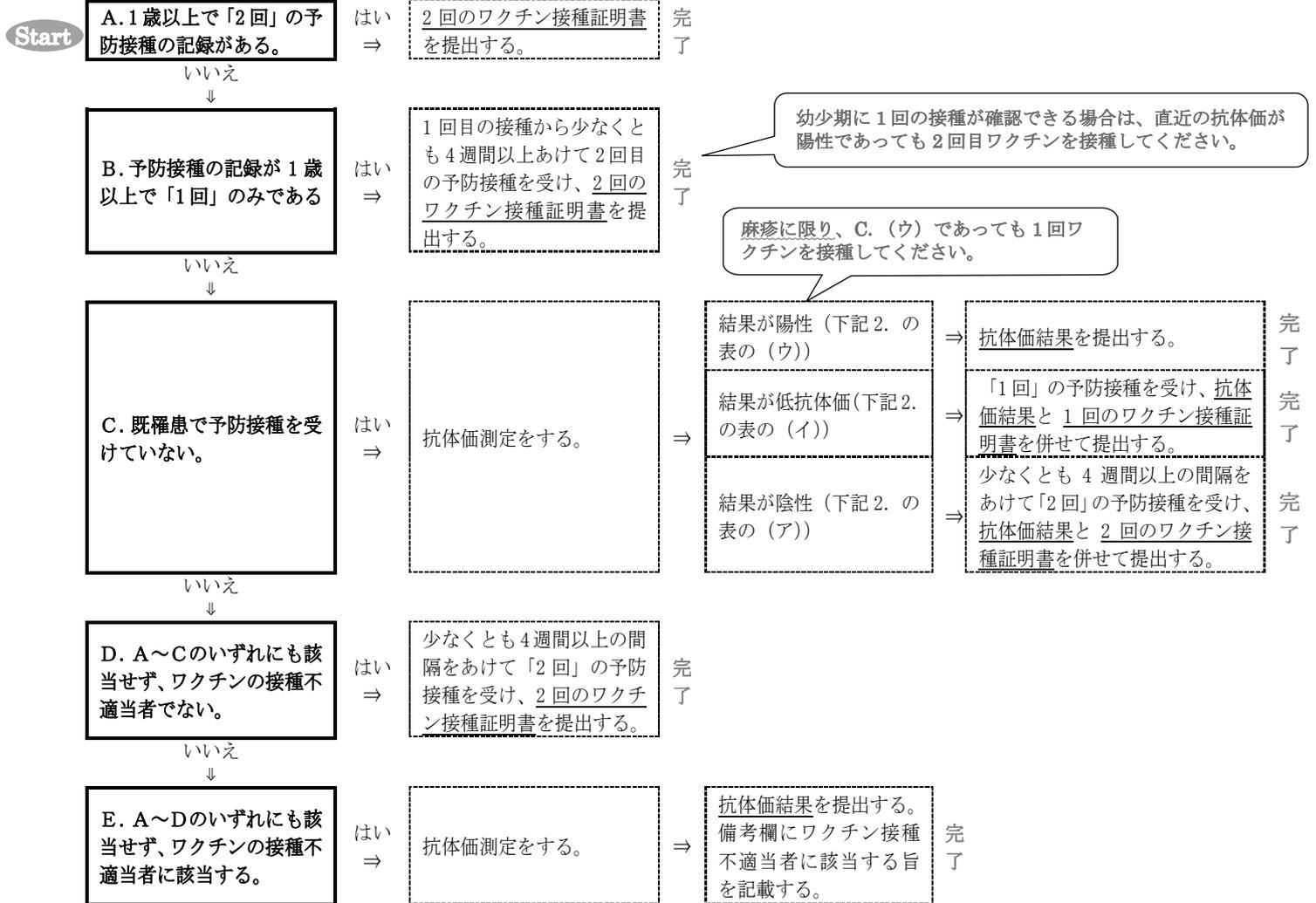




# □4種ウイルス疾患（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎）

【接種に際してのフローチャート】 ※医療関係者のためのワクチンガイドライン第3版より

※必ずA. からスタートしてください。



## 【抗体価と必要予防接種回数】 ※医療関係者のためのワクチンガイドライン第3版より

	(ア)あと2回の予防接種が必要	(イ)あと1回の予防接種が必要	(ウ)今すぐの予防接種は不要
麻疹	EIA法 (IgG) 2.0未満 PA法 1:16未満 中和法 1:4未満	EIA法 (IgG) 2.0以上16.0未満 PA法 1:16, 1:32, 1:64, 1:128 中和法 1:4	EIA法 (IgG) 16.0以上 PA法 1:256以上 中和法 1:8以上
風疹	HI法 1:8未満 EIA法 (IgG) (A) 2.0未満 EIA法 (IgG) (B) SAD 100未満 非-急性 ELFA法 (C) 10IU/mL未満 LTI法 (D) 6IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4未満 FIA法 (G) 抗体価1.0未満 FIA法 (H) 10IU/mL未満 CLIA法 (I) 10IU/mL未満 LTI法 (J) 6IU/mL未満	HI法 1:8, 1:16 EIA法 (IgG) (A) 2.0以上8.0未満 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL未満 ELFA法 (C) 10以上45IU/mL未満 LTI法 (D) 6以上30IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10以上45IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4以上14未満 FIA法 (G) 抗体価1.0以上3.0未満 FIA法 (H) 10以上30IU/mL未満 CLIA法 (I) 10以上25IU/mL未満 LTI法 (J) 6以上35IU/mL未満	HI法 1:32以上 EIA法 (IgG) (A) 8.0以上 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL以上 ELFA法 (C) 45IU/mL以上 LTI法 (D) 30IU/mL以上 CLEIA法 (E) 45IU/mL以上 CLEIA法 (F) 抗体価14以上 FIA法 (G) 抗体価3.0以上 FIA法 (H) 30IU/mL以上 CLIA法 (I) 25IU/mL以上 LTI法 (J) 35IU/mL以上
水痘	EIA法 (IgG) 2.0未満 IAHA法 1:2未満 中和法 1:2未満	EIA法 (IgG) 2.0以上4.0未満 IAHA法 1:2 中和法 1:2	EIA法 (IgG) 4.0以上 IAHA法 1:4以上 中和法 1:4以上
おたふくかぜ	EIA法 (IgG) 2.0未満	EIA法 (IgG) 2.0以上4.0未満	EIA法 (IgG) 4.0以上

※△Aは、ベア穴の吸光度の差（陰性の場合、国際単位への変換は未実施）

風疹HI法：なお、1:8以下の場合、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

A：ゲンカ生研株式会社(ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG)：なお、6.0未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

B：シーメンスヘルスケアダイアグノスティクス(エンザイグノストB風疹/IgG)：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

C：シスメックス・ビオメリュー株式会社(バイダスアッセイキットRUBIgG)：なお、25IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

D：植薬製薬工業株式会社(ランピアラテックスRUBELLA)：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

E：ベックマン・コールター株式会社(アクセスルベラIgG)：なお、20IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

F：株式会社保健科学西日本(アッセイCL風疹IgG)：なお、抗体価11未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

G：バイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社(BioPlex MMRV IgG)：なお、抗体価1.5未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

H：バイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社(BioPlex ToRC IgG)：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

I：アボットジャパン株式会社(Rubella-Gアボット)：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

J：植薬製薬工業株式会社(ランピアラテックスRUBELLA II)：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

\*第5期定期接種は、2019年～2025年3月までの期間限定で、対象は昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性です。

<注意事項・確認事項>

- ・【接種に際してのフローチャート】を確認した上で、以下（記入表）内の【フローチャート】欄へA. ～E. のいずれに該当するかを項目ごとに明記し、必要に応じた各証明書類を提出すること。
- ・抗体価検査を実施する場合、【抗体価と必要予防接種回数】に明記してある検査法で実施すること（所定外の検査は無効とする）。
- ・母子健康手帳（コピー）提出について、いずれかに☑を入れてください。

提出可      紛失等の理由により提出不可

（記入表）

項目		麻疹	風疹	水痘	流行性耳下腺炎 (ムンプス・おたふく)
フローチャート (A.～E. のいずれかを明記すること)		( )	( )	( )	( )
ワクチン 1回目	接種日(西暦)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	種類 (該当するものに○)	・麻疹単独 ・MR ・MMR	・風疹単独 ・MR ・MMR	・水痘単独	・ムンプス単独 ・MMR
	証明書類の情報源 (該当するものに○)	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ( )	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ( )	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ( )	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ( )
ワクチン 2回目	接種日(西暦)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	種類 (該当するものに○)	・麻疹単独 ・MR ・MMR	・風疹単独 ・MR ・MMR	・水痘単独	・ムンプス単独 ・MMR
	証明書類の情報源 (該当するものに○)	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ( )	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ( )	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ( )	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ( )
抗体価検査	検査日(西暦)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	検査法 (所定の検査法で実施すること)				
	検査値				
	証明書類の情報源 (該当するものに○)	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ( )	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ( )	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ( )	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ( )
備考欄					

## □B型肝炎

- 1) → 2) → 3) → 4) の順に対応する。1) 3) の接種の記録は①チェック欄、②ワクチン接種の記録、③証明書類の情報源、すべてを記入すること。また、詳細不明の場合でも、記憶の範囲内で記載すること。
- 既感染者（HBs 抗体陽性）、HBV 感染者（HBs 抗原陽性）は接種対象外となるため、その旨を 5) に記載する。

### 1) 1 シリーズ目接種の記録

回数	①チェック欄	②ワクチン接種の記録（西暦）	③証明書類の情報源（該当するものに○）
1回目	<input type="checkbox"/> 接種日	(       年   月   日)	母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 ・その他（                    ）・証明書なし
	<input type="checkbox"/> 接種日詳細不明	(                                    )	
2回目	<input type="checkbox"/> 接種日	(       年   月   日)	母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 ・その他（                    ）・証明書なし
	<input type="checkbox"/> 接種日詳細不明	(                                    )	
3回目	<input type="checkbox"/> 接種日	(       年   月   日)	母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 ・その他（                    ）・証明書なし
	<input type="checkbox"/> 接種日詳細不明	(                                    )	



### 2) 1 シリーズ目接種終了後の抗体価検査結果（必須）※3 回目接種から 1~2 ヶ月後に測定すること。

抗体価		抗体検査の種類 (該当する検査法に○)	抗体測定日（西暦）	証明書類の情報源 (該当するものに○)
HBs 抗体		EIA 法・CLIA 法・ ・RIA 法・CLEIA 法	年   月   日	母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 ・その他（                    ）

→上記結果が、

10mIU/ml 以上の場合、免疫獲得と判断し **終了**。 10mIU/ml 未満の場合、3) 2 シリーズ目接種を実施する。



### 3) 2 シリーズ目接種の記録

回数	①チェック欄	②ワクチン接種の記録（西暦）	③証明書類の情報源（該当するものに○）
1回目	<input type="checkbox"/> 接種日	(       年   月   日)	母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 ・その他（                    ）・証明書なし
	<input type="checkbox"/> 接種日詳細不明	(                                    )	
2回目	<input type="checkbox"/> 接種日	(       年   月   日)	母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 ・その他（                    ）・証明書なし
	<input type="checkbox"/> 接種日詳細不明	(                                    )	
3回目	<input type="checkbox"/> 接種日	(       年   月   日)	母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 ・その他（                    ）・証明書なし
	<input type="checkbox"/> 接種日詳細不明	(                                    )	



### 4) 2 シリーズ目接種終了後の抗体価検査結果（必須）※3 回目接種から 1~2 ヶ月後に測定すること。

抗体価		抗体検査の種類 (該当する検査法に○)	抗体測定日（西暦）	証明書類の情報源 (該当するものに○)
HBs 抗体		EIA 法・CLIA 法・ ・RIA 法・CLEIA 法	年   月   日	母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 ・その他（                    ）

→上記結果が、

10mIU/ml 以上の場合、免疫獲得と判断し **終了**。 10mIU/ml 未満の場合、ワクチン不応者と判断し **終了**。

### 5) 備考

令和 年 月 日

神戸市立医療センター中央市民病院長 様

所 属 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

職員番号 \_\_\_\_\_

## 駐 車 許 可 申 請 書

病院が定める駐車場運営要綱に規定する設置目的に該当するため、下記のとおり職員駐車場の定期利用について許可申請いたします。

なお、許可を受け利用する場合、裏面注意事項を遵守し、院長の指示に従います。

[参考] 神戸市立医療センター中央市民病院駐車場運営要綱 抜粋  
(駐車場の設置目的)

5 駐車場の管理運営は、それぞれの設置目的に応じて円滑に実施しなければならない。

(1) 略

(2) 職員専用駐車場は、病院としての性格上患者の急変時に対処できるよう医師等を緊急に呼び出すため等に設置する。

(3) 略

杉の子保育園を利用  
クラス ( 歳児 )  
子の名前 ( )

### 1. 使用車種及び車両番号

車 種 : \_\_\_\_\_

( 例 : トヨタ プリウス )

車両番号 : \_\_\_\_\_

( 例 : 神 戸 ・ 123 ・ あ ・ 11 - 11 )

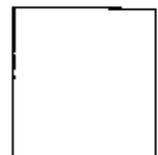
### 2. 自宅住所

.....

### 3. 使用開始日

令和 年 月 日 ~

(総務課)  
逕断届確認欄



## ★駐車場利用にあたっての注意事項

- (1) 駐車定期券(駐車許可証)の交付を受けたのち、次の場合は必ず届け出願います。
  - ア. 自動車の車種等が変更したとき (様式2)
  - イ. 駐車定期券を紛失したとき (様式3)
  - ウ. 駐車場が必要でなくなったとき (様式4)
- (2) 月の途中の解約については、その月の料金を返金しません。  
駐車料金の引き去り手続の中止は、利用中止の申し出並びに駐車定期券(駐車許可証)を受領した日の属する月の翌月に行います。  
→利用中止の申し出並びに駐車定期券(駐車許可証)の返却がない場合は、利用の実態がない場合でもその月の料金は返金できません。
- (3) 他人に貸与する等不正利用は禁止します。
- (4) 駐車定期券(駐車許可証)を不正に使用した場合、料金の未納があった場合、駐車場使用ルールを守らない、病院長の指示に従わない場合には駐車許可を取り消すことがあります。
- (5) 緊急呼出による出務の場合、無料駐車処理を1階東守衛室で行っております。  
緊急呼出の目的のみで使用される方は駐車定期券(駐車許可証)の返却と引き去りの中止を総務課に申し出てください。
- (6) 交付の駐車定期券は、職員駐車場でのみ使用してください。

## ★駐車料金

月極 : 1か月 4,400円 (令和元年10月1日現在)

# 令和8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）	地方独立行政法人 神戸市民病院機構	（フリガナ） あなたの氏名	あなたの生年月日	0	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。 8   1   4   0   0   0   5   0   0   4   9   6   6	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）	神戸市中央区港島南町2丁目2	あなたの住所 又は居所	（郵便番号 - ）						配偶者の有無

以下の各欄に記載する親族がなく、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、上記の各欄に記載して給与の支払者に提出してください。

区分等	（フリガナ）氏名	個人番号		老人扶養親族 （昭32.1.1以前生）	令和8年中の所得の見積額	非居住者である親族（注1）		住所又は居所	異動月日及び事由 （令和8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			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						0																			
B 源泉控除対象親族 （16歳以上） （平23.1.1以前生）	1					<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																			
	2					<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																			
	3					<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																			
	4					<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																			
C 障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生	<input type="checkbox"/> 障害者		<input type="checkbox"/> 寡婦		障害者又は勤労学生の内容（この欄に記載に当たっては、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																		
		<table border="1" style="font-size: small;"> <tr> <th>区分</th> <th>該当者</th> <th>本人</th> <th>同居特別障害者</th> </tr> <tr> <td>一般の障害者</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>特別障害者</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>同居特別障害者</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table>	区分	該当者	本人	同居特別障害者	一般の障害者	0	0	0	特別障害者	0	0	0	同居特別障害者	0	0	0	<input type="checkbox"/> ひとり親  <input type="checkbox"/> 勤労学生		※ 配偶者や親族が「源泉控除対象配偶者」や「源泉控除対象親族」などに該当する場合は、裏面の「4 扶養親族等の範囲」をご確認ください。 （注1）非居住者に該当する親族が特定親族である場合は「16歳以上30歳未満又は70歳以上」にチェックを付けてください。 （注2）特定親族は、扶養親族には該当しませんので、あなたの障害者控除の対象にはなりません。				
区分	該当者	本人	同居特別障害者																						
一般の障害者	0	0	0																						
特別障害者	0	0	0																						
同居特別障害者	0	0	0																						

◎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の提出するもので、2か所以上から給与の支払を受けている場合には、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「1 申告についてのご注意」等をお読みください。

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	
			0 . .					
			0 . .					

○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23.1.2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	控除対象外国扶養親族 （該当する場合は○印を付けてください。）	令和8年中の所得の見積額（※）	異動月日及び事由	※ 「令和8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。
2				0 . .		0	円		

退職手当等を有する配偶者・扶養親族・特定親族	（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8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
				0 . .			円			



記載のしかたはこちら

**1 申告についてのご注意**

- この申告書は、令和8年の最初の給与の支払を受ける日の前日までに、給与の支払者に提出してください。
- この申告書に記載すべき事項が令和7年においてその給与の支払者を経由して提出した申告書に記載した事項から異動がない場合には、その記載すべき事項に代えて「異動がない」旨を記載した申告書（以下「簡易な申告書」といいます。）を提出することができます。簡易な申告書の提出に当たっては、国税庁ホームページに掲載している「記載のしかた」をご確認ください（表面の二次元コードからもご確認ください）。
- この申告書の提出後、記載内容に異動があったときは、別に異動申告書を提出するか、あるいはこの申告書の該当項目を異動後の内容に補正してください。
- 2か所以上から給与の支払を受け、1か所から受ける給与だけでは、源泉控除対象配偶者に係る配偶者（特別）控除、源泉控除対象親族に係る扶養控除又は特定親族特別控除及び障害者控除等の控除額の全額が控除しきれない場合には、源泉控除対象配偶者や源泉控除対象親族を分けて他の給与の支払者に「従たる給与についての扶養控除等申告書」を提出することができます。
- 年末調整において、基礎控除、配偶者（特別）控除又は特定親族特別控除の適用を受ける場合には、所要の事項を記載した「給与所得者の基礎控除申告書」、「給与所得者の配偶者控除等申告書」又は「給与所得者の特定親族特別控除申告書」を作成し、令和8年の最後の給与の支払を受ける日の前日までに給与の支払者に提出する必要があります。

**2 記載についてのご注意**

- この申告書を簡易な申告書として提出する場合には、「あなたの氏名」、「あなたの住所又は居所」及び「あなたの個人番号」欄に記載し、前年に提出した申告書に記載した事項から異動がない旨を余白等に記載してください。
- 「あなたの個人番号」及び「個人番号」欄には、それぞれ、あなた、源泉控除対象配偶者、源泉控除対象親族、年齢16歳未満の扶養親族又は退職手当等を有する配偶者・扶養親族・特定親族のマイナンバー（個人番号）を記載する必要がありますが、一定の要件の下、マイナンバー（個人番号）の記載を要しない場合がありますので、給与の支払者に確認してください。
- 「給与の支払者の法人（個人）番号」欄には、この申告書を受理した給与の支払者が、給与の支払者の法人番号又はマイナンバー（個人番号）を記載してください。
- 「主たる給与」とは、この申告書を提出した給与の支払者から受ける給与をいい、「従たる給与」とは、それ以外の給与の支払者から受ける給与をいいます。
- 源泉控除対象親族が同居老親等である場合には、「老人扶養親族」欄の「同居老親等」に、同居老親等以外の老人扶養親族である場合には、同欄の「その他」にチェックを付けてください。  
また、源泉控除対象親族が特定扶養親族である場合には、「特定扶養親族・特定親族」欄の「特定扶養親族」に、特定親族である場合には、同欄の「特定親族」にチェックを付けてください。
- 「令和8年中の所得の見積額」欄には、収入金額等から必要経費等を差し引いた金額を記載してください。所得の種類が給与である場合には、収入金額から給与所得控除額を差し引いた金額が給与所得の金額となります。  
なお、非課税とされる遺族年金などの所得、源泉分離課税が適用される利子、確定申告をしないことを選択した上場株式等の配当等などについては、源泉控除対象配偶者や源泉控除対象親族等の判定の基礎となる所得には含まれません。
- 源泉控除対象配偶者が非居住者である場合には、「非居住者である親族」欄に○印を付けてください。  
また、源泉控除対象親族が非居住者である場合には、次のとおり、「非居住者である親族」欄の該当する項目にチェックを付けてください。  
イ その親族の年齢が16歳以上30歳未満又は70歳以上である場合…「16歳以上30歳未満又は70歳以上」  
ロ その親族の年齢が30歳以上70歳未満で一定の要件を満たす人（下記④⑤ロイに該当する人）である場合…「留学」、「障害者」又は「38万円以上の支払」のうち該当する項目（2以上の項目に該当する場合はいずれか1つ）  
(注)「非居住者」とは、国内に住所を有せず、かつ、現在まで引き続いて1年以上国内に居所を有しない人を入います。
- 「生計を一にする事実」欄には、控除対象扶養親族が非居住者である場合に、年末調整時に、令和8年中にその親族に送金等をした金額の合計額を記載してください。（その非居住者が「特定親族」である場合にはこの欄を記載する必要はありません。）
- 「障害者又は勤労学生の内容」欄には、それぞれ次の事項を記載してください。  
イ 障害者（特別障害者）…障害の状態又は交付を受けている手帳などの種類と交付年月日、障害の程度（障害の等級）などの障害者（特別障害者）に該当する事実。その人が同一生計配偶者又は扶養親族の場合には、併せてその人の氏名（特別障害者であるときは同居の有無）、マイナンバー（個人番号）(注)、住所又は居所、生年月日、あなたとの続柄及び令和8年中の所得の見積額（これらの事項のうち「源泉控除対象配偶者」欄、「源泉控除対象親族」欄又は「住民税に関する事項」欄に記載している事項については、氏名を除き、記載を省略できます。）  
また、その同一生計配偶者又は扶養親族が非居住者である場合には、その旨及び令和8年中にその同一生計配偶者又は扶養親族に送金等をした金額の合計額（送金等をした金額の合計額は、年末調整時に記載します。）  
(注) 一定の要件の下、マイナンバー（個人番号）の記載を要しない場合がありますので、給与の支払者に確認してください。  
ロ 勤労学生…学校名と入学年月日及び令和8年中の所得の種類とその見積額  
(注) 寡婦又はひとり親のみに該当する人については、この欄の記載を要しません。
- あなたの同一生計内に所得者が2人以上いるときは、扶養親族等（控除対象配偶者、障害者である同一生計配偶者、配偶者特別控除の対象となる配偶者、控除対象扶養親族、障害者である扶養親族又は特定親族をいいます。）を他の所得者の扶養親族等としたり、また、その生計内の扶養親族等を分けて控除を受けることができます。このような場合には、その扶養親族等の氏名などを「D」欄に記載してください。
- 「住民税に関する事項」欄は、①扶養親族のうち年齢16歳未満の人を有する場合及び②退職手当等（源泉徴収されるものに限ります。以下(ロ)において同じです。）の支払を受ける配偶者（所得の見積額が133万円以下である人に限ります）、扶養親族又は特定親族を有する場合並びに③寡婦又はひとり親に該当する場合（退職手当等の支払を受ける扶養親族を有する場合に限ります。）に記載してください。（住民税では、扶養親族等とされる所得の金額には退職所得の金額は含めないこととされています。）  
退職手当等の支払を受ける年齢16歳未満の扶養親族について、退職所得を含む所得の見積額が58万円を超える場合には、「16歳未満の扶養親族」欄は記載せず、「退職手当等を有する配偶者・扶養親族・特定親族」欄のみ記載します。また、「控除対象国外扶養親族」欄又は「非居住者である親族」欄を記載した場合には、下記3(2)の確認書類を令和9年3月15日までに住所所在地の市区町村に提出しなければならない場合があります。「住民税に関する事項」欄について、ご不明な点などがありましたら、お住まいの市区町村へお尋ねください。

**3 添付書類**

- 年の中途で就職した人で前職のある人は、前の勤務先から交付を受けた源泉徴収票などを、また、年の中途で従たる給与を主たる給与に変更した人は、変更前の主たる給与の支払者から交付を受けた源泉徴収票などを添付してください。
- 「A」～「C」欄に記載した親族が非居住者である場合に必要添付書類等、手続の詳細は、国税庁ホームページに掲載している「非居住者である親族について扶養控除等の適用を受ける方へ」をご確認ください。
- あなたが、勤労学生である場合（専修学校、各種学校の生徒や職業訓練法人の訓練生の場合に限ります。）には、文部科学大臣又は厚生労働大臣の証明書の写しと学校長又は職業訓練法人の代表者の証明書を添付してください。



非居住者である親族について扶養控除等の適用を受ける方へ

**4 扶養親族等の範囲**

<p><b>【①同一生計配偶者】</b> 所得者（この申告書を提出する人をいいます。）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（以下「青色事業専従者等」といいます。）を除きます。）で、令和8年中の所得の見積額が58万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が123万円以下）の人</p>
<p><b>【②控除対象配偶者】</b> ①の同一生計配偶者のうち、令和8年中の所得の見積額が1,000万円以下である所得者の配偶者</p>
<p><b>【③源泉控除対象配偶者】</b> 所得者（令和8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（青色事業専従者等を除きます。）で、令和8年中の所得の見積額が95万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が160万円以下）の人 (注) 夫婦の双方が互いに源泉控除対象配偶者に係る控除の適用を受けることはできませんので、ご注意ください。</p>
<p><b>【④扶養親族】</b> 所得者と生計を一にする親族（児童福祉法の規定により養育を委託されたいわゆる里子及び老人福祉法の規定により養護を委託されたいわゆる養護老人を含み、配偶者及び青色事業専従者等を除きます。）で、令和8年中の所得の見積額が58万円以下の人</p>
<p><b>【⑤控除対象扶養親族】</b> ④の扶養親族のうち、次の場合の区分に応じ、それぞれ次に該当する人 イ 扶養親族が居住者の場合 年齢16歳以上の人（平成23年1月1日以前に生まれた人） ロ 扶養親族が非居住者の場合 次のいずれかに該当する人 (イ) 年齢16歳以上30歳未満の人（平成9年1月2日から平成23年1月1日までの間に生まれた人） (ロ) 年齢70歳以上の人（昭和32年1月1日以前に生まれた人） (ハ) 年齢30歳以上70歳未満の人（昭和32年1月2日から平成9年1月1日までの間に生まれた人）のうち、「留学により国内に住所及び居所を有しなくなった人」、「障害者」又は「あなたから令和8年中において生活費又は教育費に充てるための支払を38万円以上受けている人」</p>
<p><b>【⑥特定扶養親族】</b> ⑤の控除対象扶養親族のうち、年齢19歳以上23歳未満の人（平成16年1月2日から平成20年1月1日までの間に生まれた人）</p>
<p><b>【⑦老人扶養親族】</b> ⑤の控除対象扶養親族のうち、年齢70歳以上の人（昭和32年1月1日以前に生まれた人）</p>
<p><b>【⑧特定親族】</b> 所得者と生計を一にする年齢19歳以上23歳未満（平成16年1月2日から平成20年1月1日までの間に生まれた人）の親族（児童福祉法の規定により養育を委託されたいわゆる里子を含み、配偶者及び青色事業専従者等を除きます。）で、令和8年中の所得の見積額が58万円超123万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が123万円超188万円以下）の人</p>
<p><b>【⑨源泉控除対象親族】</b> ⑤の控除対象扶養親族又は⑧の特定親族のうち令和8年中の所得の見積額が100万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が165万円以下）の人のいずれかに該当する人 (注) 親族の双方が互いに特定親族に係る控除の適用を受けることや、特定親族に係る控除の適用を受けている親族を特定親族として控除の適用を受けることはできませんので、ご注意ください。</p>
<p><b>【⑩同居老親等】</b> ⑦の老人扶養親族のうち、所得者又はその配偶者の直系尊属で、所得者又はその配偶者のいずれかとの同居を常況としている人</p>
<p><b>【⑪障害者（特別障害者）】</b> 所得者本人又はその①の同一生計配偶者や④の扶養親族で、次のいずれかに該当する人 イ 精神上の障害により事理を弁識する能力を欠く常況にある人……全て特別障害者になります。 ロ 精神保健指定医などから知的障害者と判定された人……このうち、重度の知的障害者と判定された人は、特別障害者になります。 ハ 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている人……このうち、障害等級が1級の人は、特別障害者になります。 ニ 身体障害者手帳に身体上の障害がある者として記載されている人……このうち、障害の程度が1級又は2級の人は、特別障害者になります。 ホ 戦傷病者手帳の交付を受けている人……このうち、障害の程度が恩給法別表第1号表ノ2の特別項症から第三項症までの人は、特別障害者になります。 ヘ 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律の規定による厚生労働大臣の認定を受けている人……全て特別障害者になります。 ト 常に就床を要し、複雑な介護を要する人……全て特別障害者になります。 チ 精神又は身体に障害のある年齢65歳以上の人（昭和37年1月1日以前に生まれた人）で、市町村長、特別区の区長や福祉事務所長からイ、ロ又はニに準ずる障害があると認定されている人……このうち、イ、ロ又はニの特別障害者と同程度の障害がある人は、特別障害者になります。</p>
<p><b>【⑫同居特別障害者】</b> ①の同一生計配偶者又は④の扶養親族のうち特別障害者で、所得者、その配偶者又は所得者と生計を一にするその他の親族のいずれかとの同居を常況としている人</p>
<p><b>【⑬寡婦】</b> 所得者本人で、次のいずれかに該当する人のうち、令和8年中の所得の見積額が500万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が6,777,778円以下）、かつ、その所得者と事実上婚姻関係と同様の事情にあると認められる者がいない人（⑭のひとり親に該当する人を除きます。） イ 夫と離婚した後婚姻をしていない人、④の扶養親族を有する人 ロ 夫と死別した後婚姻をしていない人又は夫の生死が明らかでない人</p>
<p><b>【⑭ひとり親】</b> 所得者本人で、次の全てに該当する人のうち、令和8年中の所得の見積額が500万円以下、かつ、その所得者と事実上婚姻関係と同様の事情にあると認められる者がいない人 イ 現に婚姻をしていない人又は配偶者の生死が明らかでない人 ロ その所得者と生計を一にする子（他の人の①の同一生計配偶者又は④の扶養親族とされている者を除き、令和8年中の総所得金額等の見積額が58万円以下の子に限ります。）を有する人</p>
<p><b>【⑮勤労学生】</b> 所得者本人で、次の全てに該当する人 イ 大学、高等学校などの学生や生徒、一定の要件を備えた専修学校、各種学校の生徒又は職業訓練法人の行う認定職業訓練を受ける訓練生であること。 ロ 自分の勤労に基づいて得た事業所得、給与所得、退職所得又は雑所得（以下「給与所得等」といいます。）があること。 ハ 令和8年中の所得の見積額が85万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が150万円以下）であって、そのうち給与所得等以外の所得が10万円以下であること。</p>