ล.ย.04

หนังสือรับรองการหักลดหย่อนค่าอุปการะเลี้ยงดูคนพิการหรือคนทุพพลภาพ

ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ (ฉบับที่ 182)

1. ข้าพเจ้า (ชื่อ - ชื่อสกุล ผู้มีเงินได้).....เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐
ที่อยู่.....เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐
..... *(ให้กรอกเฉพาะกรณีเป็นผู้ไม่มีเลขประจำตัวประชาชน)*

เป็นผู้อุปการะเลี้ยงดูบุคคลตาม 1.1 และ/หรือ 1.2 และเป็นผู้ใช้สิทธิหักลดหย่อนค่าอุปการะเลี้ยงดูในการยื่นแบบแสดงรายการภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาประจำปี พ.ศ.....

1.1 คนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ มีรายได้ไม่เกิน 30,000 บาท และระบุชื่อผู้มีเงินได้ เป็นผู้ดูแลในบัตรประจำตัวคนพิการฯ (ถ้ามีมากกว่านี้ให้กรอก ล.ย.04 เพิ่ม)

(1) (ชื่อ - ชื่อสกุล คนพิการ).....เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐
ความเกี่ยวข้องกับผู้มีเงินได้ * 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(2) (ชื่อ - ชื่อสกุล คนพิการ).....เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐
ความเกี่ยวข้องกับผู้มีเงินได้ * 1 2 3 4 5 6 7 8 9

1.2 คนทุพพลภาพที่มีผู้มีเงินได้จะใช้สิทธิหักลดหย่อนได้
- ต้องเป็นผู้ทุพพลภาพมาแล้วไม่น้อยกว่า 180 วัน
- มีใบรับรองแพทย์ที่ออกในปีภาษีที่ขอใช้สิทธิหักลดหย่อน
- มีหนังสือรับรองการเป็นผู้อุปการะเลี้ยงดูคนทุพพลภาพ (ล.ย.04-1)

(1) (ชื่อ - ชื่อสกุล คนทุพพลภาพ).....เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐
ความเกี่ยวข้องกับผู้มีเงินได้ * 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(2) (ชื่อ - ชื่อสกุล คนทุพพลภาพ).....เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐
ความเกี่ยวข้องกับผู้มีเงินได้ * 1 2 3 4 5 6 7 8 9

2. ข้าพเจ้าได้อุปการะเลี้ยงดูคนพิการหรือคนทุพพลภาพ ตาม 1.1 และ/หรือ 1.2 รวม.....คน หักลดหย่อนคนละ 60,000 บาท *
รวมหักค่าลดหย่อนทั้งสิ้น .....บาท *(ยกไปกรอกในแบบ ภ.ง.ด.90 ข้อ 9 5. หรือ แบบ ภ.ง.ด.91 ค 5.)*

* กรณีผู้มีเงินได้ซึ่งเป็นสามีหรือภริยา เป็นผู้มีสิทธิหักลดหย่อนบุตรซึ่งเป็นคนพิการหรือคนทุพพลภาพ โดยสามีภริยาอยู่ร่วมกันตลอดปีภาษีและภริยาแยกยื่นรายการและเสียภาษีต่างหากจากสามี สำหรับเงินได้ตามมาตรา 40(1) แห่งประมวลรัษฎากร สามีภริยาต่างฝ่ายต่างหักลดหย่อนบุตรดังกล่าวได้ คนละ 30,000 บาท ตามมาตรา 57 เบญจ (2) แห่งประมวลรัษฎากร

ขอรับรองว่ารายการที่แสดงไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มีเงินได้ที่ใช้สิทธิหักลดหย่อนฯ

.....

(วันเดือนปีที่รับรอง)

<u>หมายเหตุ</u> * ให้ใส่เครื่องหมาย X ทับหมายเลขสถานะของคนพิการหรือคนทุพพลภาพ

1 สามี/ภริยาของผู้มีเงินได้	4 บิดาของสามี/ภริยาของผู้มีเงินได้	7 บุตรชอบด้วยกฎหมายของสามี/ภริยาของผู้มีเงินได้
2 บิดาของผู้มีเงินได้	5 มารดาของสามี/ภริยาผู้มีเงินได้	8 บุตรบุญธรรมของผู้มีเงินได้
3 มารดาของผู้มีเงินได้	6 บุตรชอบด้วยกฎหมายของผู้มีเงินได้	9 บุคคลอื่นที่ผู้มีเงินได้อุปการะเลี้ยงดู