

# แบบแจ้งรายการเพื่อการหักลดหย่อนการคำนวณภาษีหัก ณ ที่จ่าย

## ล.ย.01

เลขบัตรประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ชื่อผู้มีเงินได้.....นามสกุล.....  
หน่วยงานสังกัด.....ตำแหน่ง.....  
ที่อยู่:เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

### มีสิทธิหักค่าลดหย่อน ดังนี้

1. สถานะ  โสด (60,000 บาท)  สมรส ( ) คู่สมรส มีเงินได้  
( ) คู่สมรส ไม่มีเงินได้ (60,000 บาท)  
 หม้าย, หย่า (60,000 บาท)  
 อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (ได้รับยกเว้นเงินได้ในกรณีคำนวณภาษี 190,000 บาท)
2. บุตร  (คนละ 30,000 บาท ไม่จำกัดจำนวนบุตร) จำนวน .....คน รวม.....บาท  
 บุตรคนที่สองเป็นต้นไป ที่เกิดในหรือหลังปี พ.ศ. 2561 (คนละ 60,000 บาท) จำนวน .....คน  
รวม.....บาท
3. ค่าฝากครรภ์และค่าคลอดบุตร จำนวน.....บาท (เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินท้องละ 60,000 บาท)
4. ค่าอุปการะเลี้ยงดูบิดา/มารดา อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (คนละ 30,000 บาท)  
 บิดา  มารดา ของผู้มีเงินได้ จำนวน .....คน รวม.....บาท  
 บิดา  มารดา ของคู่สมรส ไม่มีเงินได้ จำนวน .....คน รวม.....บาท
5. ค่าอุปการะเลี้ยงดูคนพิการ/ทุพพลภาพ (คนละ 60,000 บาท) จำนวน .....คน รวม.....บาท
6. เบี้ยประกันสุขภาพผู้มีเงินได้ จำนวน.....บาท (เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 25,000 บาท)
7. เบี้ยประกันสุขภาพบิดา/มารดา (เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินคนละ 15,000 บาท)  
 บิดา  มารดา ของผู้มีเงินได้ จำนวน .....คน รวม.....บาท  
 บิดา  มารดา ของคู่สมรส ไม่มีเงินได้ จำนวน .....คน รวม.....บาท
8. เบี้ยประกันชีวิต  
 ผู้มีเงินได้ จำนวน.....บาท (เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 100,000 บาท)  
 คู่สมรส ไม่มีเงินได้ จำนวน.....บาท (เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 10,000 บาท)
9. เบี้ยประกันชีวิตแบบบำนาญ จำนวน.....บาท (ร้อยละ 15 ของเงินได้พึงประเมินทั้งปีแต่ไม่เกิน 200,000 บาท)
10. กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ Retirement Mutual Fund (RMF) จำนวน.....บาท (ร้อยละ 30 ของเงินได้พึงประเมินทั้งปีแต่ไม่เกิน 500,000 บาท)
11. กองทุนรวมเพื่อการออม Super Savings Fund (SSF) จำนวน.....บาท (ร้อยละ 30 ของเงินได้พึงประเมินทั้งปีแต่ไม่เกิน 200,000 บาท)
12. ดอกเบี้ยเงินกู้ยืมเพื่อซื้อ เช่าซื้อ หรือสร้างอาคารที่อยู่อาศัย จำนวน.....บาท (เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 100,000 บาท)
13. เงินบริจาคสนับสนุนการศึกษา/กีฬา/พัฒนาสังคม/โรงพยาบาลรัฐ จำนวน.....บาท (2 เท่าของจำนวนเงินที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินร้อยละ 10 ของเงินได้หลังหักค่าใช้จ่ายและค่าลดหย่อนอื่น)
14. เงินบริจาคเพื่อสาธารณกุศลอื่นๆ จำนวน.....บาท (เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินร้อยละ 10 ของเงินได้หลังหักค่าใช้จ่ายและค่าลดหย่อนอื่น)

ขอรับรองว่ารายการที่แสดงไว้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มีเงินได้

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : (1) ปีภาษี หมายถึง เดือนมกราคม - ธันวาคม

(2) กรณีหักค่าลดหย่อนต้องมีการจ่ายจริงในปีที่แจ้งรายการ และต้องมีหลักฐานแสดงสิทธิ์ในการหักลดหย่อน

(3) ให้แจ้งรายการเพื่อการหักลดหย่อนทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงรายการข้างต้น เพื่อให้การคำนวณภาษีเป็นไปโดยถูกต้อง