Clear Data

ปีภาษี 25.....

แบบแสดงรายการภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา

สำหรับใช้ยื่นก่อนถึงกำหนดเวลายื่นแบบแสดงรายการภาษี

ภ.ง.ด.93

ผู้มีเงินได้

เลขประจำตัวประชาชน

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร

(กรอกเฉพาะกรณีเป็นผู้ไม่มีเลขประจำตัวประชาชน)

ชื่อ ชื่อสกุล

(ให้ระบุให้ชัดเจนว่าเป็น นาย นาง นางสาว ยศ กองมรดก ห้างหุ้นส่วนสามัญ หรือคณะบุคคล)

ที่อยู่ : อาคาร ห้องเลขที่ ชั้นที่ หมู่บ้าน

เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย

ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ : ที่บ้าน

ชื่อสถานประกอบการ โทรศัพท์:

ที่อยู่สถานประกอบการ/สถานที่ขายสินค้า/บริการ

ชื่อเว็บไซต์

(ให้ระบุชื่อเว็บไซต์หลักที่ใช้ในการประกอบธุรกรรม)

สถานภาพของผู้มีเงินได้

- ☐ (1) บุคคลธรรมดา
- ☐ (2) ผู้ถึงแก่ความตายระหว่างปีภาษี
- ☐ (3) กองมรดกที่ยังมิได้แบ่ง
- ☐ (4) ห้างหุ้นส่วนสามัญ
- ☐ (5) คณะบุคคลที่มิใช่นิติบุคคล

ก รายการเงินได้พึงประเมิน

ชื่อและที่อยู่ของผู้จ่ายเงินได้พึงประเมิน.....

1. เงินได้ *(ระบุ)*.....
   หักค่าใช้จ่าย ☐ ร้อยละ..... ☐ จริง
   คงเหลือ. . . . . 1 ►

ชื่อและที่อยู่ของผู้จ่ายเงินได้พึงประเมิน.....

2. เงินได้ *(ระบุ)*.....
   หักค่าใช้จ่าย ☐ ร้อยละ..... ☐ จริง
   คงเหลือ. . . . . 2 ►

ชื่อและที่อยู่ของผู้จ่ายเงินได้พึงประเมิน.....

3. เงินได้ *(ระบุ)*.....
   หักค่าใช้จ่าย ☐ ร้อยละ..... ☐ จริง
   คงเหลือ. . . . . 3 ►

รวม 1 ถึง 3 ยกไปกรอกในรายการ ค 1.

ข รายการลดหย่อนและยกเว้นหลังจากหักค่าใช้จ่าย

1. ผู้มีเงินได้ ***(30,000 บาท หรือ 60,000 บาท แล้วแต่กรณี)***
2. คู่สมรส ***(30,000 บาท)***
3. **บุตร** *คนละ* ***15,000*** บาท ☐ คน
   บุตร *คนละ* ***17,000*** บาท ☐ คน
4. อุปการะเลี้ยงดูบิดามารดา *(ให้กรอกเลขประจำตัวประชาชน)*
   (บิดาของผู้มีเงินได้)
   (มารดาของผู้มีเงินได้)
   (บิดาของคู่สมรสที่ไม่มีเงินได้)
   (มารดาของคู่สมรสที่ไม่มีเงินได้)
5. อุปการะเลี้ยงดูคนพิการหรือคนทุพพลภาพ
6. เบี้ยประกันสุขภาพบิดามารดา *(ให้กรอกเลขประจำตัวประชาชน)*
   (บิดาของผู้มีเงินได้)
   (มารดาของผู้มีเงินได้)
   (บิดาของคู่สมรส)
   (มารดาของคู่สมรส)
7. เบี้ยประกันชีวิต
   เบี้ยประกันชีวิตแบบบำนาญ
8. ค่าซื้อหน่วยลงทุนในกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ
9. ค่าซื้อหน่วยลงทุนในกองทุนรวมหุ้นระยะยาว
10. ดอกเบี้ยเงินกู้ยืมเพื่อซื้อ เช่าซื้อ หรือสร้างอาคารอยู่อาศัย
11. เงินสมทบกองทุนประกันสังคม
12. **รวม** (1. ถึง 11.) **ยกไปกรอกในรายการ** ค 2.

คู่สมรส

เลขประจำตัวประชาชน

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร

(กรอกเฉพาะกรณีเป็นผู้ไม่มีเลขประจำตัวประชาชน)

ชื่อ ชื่อสกุล

(ให้ระบุให้ชัดเจนว่าเป็น นาย นาง หรือยศ)

☐ (1) ไม่มีเงินได้ ☐ (2) มีเงินได้

ใบเสร็จเล่มที่ เลขที่

จำนวนเงิน บาท

ลงชื่อ ผู้รับเงิน

วันที่

ค การคำนวณภาษี

1. **เงินได้หลังจากหักค่าใช้จ่าย**
   (รวมยอดมาจากรายการสุดท้ายของ ก)
2. **หัก**ค่าลดหย่อนฯ *(ยกมาจาก ข* ***12.****)*
3. **คงเหลือ** (1. – 2.)
4. **หัก** เงินบริจาคสนับสนุนเพื่อการศึกษา (**2 เท่า**ของจำนวนเงินที่ได้จ่ายไปจริง แต่ไม่เกิน**ร้อยละ 10** ของ **3.**)
5. **คงเหลือ** (3. – 4.)
6. **หัก** เงินบริจาค *(ไม่เกิน****ร้อยละ 10*** *ของ* **5.***)*
7. **เงินได้สุทธิ** (5. – 6.)
8. **ภาษีที่คำนวณจากเงินได้สุทธิตาม 7.**
9. **ภาษีที่คำนวณจากเงินได้พึงประเมิน**
   กรณีเป็นผู้มีเงินได้ตั้งแต่ **60,000 บาท** ขึ้นไป ให้นำยอดรวมเงินได้ทุกประเภทตาม ก **1.** ถึง ก **3.** คูณด้วย **0.005**
10. **ภาษีเงินได้ที่ต้องชำระ** *(จำนวนที่มากกว่าระหว่าง* **8.** *กับ* **9.***)*
    เว้นแต่กรณี **9.** คำนวณแล้วไม่เกิน **5,000** บาท ให้ชำระภาษีตาม **8.**
11. **หัก** ภาษีเงินได้ที่ชำระไว้แล้ว
12. **ภาษีเงินได้ที่ต้องชำระเพิ่มเติม(10.–11.)**
13. **บวกเงินเพิ่ม (ถ้ามี)**
14. **รวมภาษีเงินได้ที่ต้องชำระ**

คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แสดงไว้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มีเงินได้

ลงชื่อ.....ผู้แทน

(.....)

ในฐานะเป็น.....ของผู้มีเงินได้

ที่อยู่*(ของผู้แทน)*.....

วันที่.....

คำเตือน

เมื่อถึงกำหนดเวลายื่นแบบแสดงรายการประจำปี โปรดยื่นแบบ **ภ.ง.ด.90** หรือ **ภ.ง.ด.91** ด้วย

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ศูนย์บริการข้อมูลสรรพากร RD Call Center โทร. 1161