

สำหรับบุคลากรทุกประเภท ยกเว้น ข้าราชการและลูกจ้างประจำ **ไม่ต้องกรอกเอกสารนี้**

**แบบสำรวจข้อมูลเพื่อใช้ในการประมาณการคำนวณภาษีหัก ณ ที่จ่าย ประจำปี พ.ศ.2565 (1 ม.ค. 65 – 31 ธ.ค 65)**

ชื่อ.....นามสกุล.....เลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ตำแหน่ง.....

- ประเภทบุคลากร     พนักงานมหาวิทยาลัยเงินแผ่นดิน     พนักงานมหาวิทยาลัยเงินรายได้  
 พนักงานราชการเงินแผ่นดิน     พนักงานราชการเงินรายได้  
 ผู้มีความรู้ความสามารถพิเศษ     ผู้เกษียณอายุราชการ     อื่นๆ.....

สังกัด งาน/แผนก.....กอง/ฝ่าย/ศูนย์/ภาควิชา.....

สำนัก/สถาบัน/คณะ.....

ขอแจ้งรายการเพื่อใช้คำนวณการหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ดังนี้

1. สถานภาพ     โสด     สมรส     หม้าย/หย่า
2. เงินได้ของคู่สมรส **\*(เฉพาะผู้ที่มีสถานภาพสมรสเท่านั้น)\***     คู่สมรสไม่มีเงินได้     คู่สมรสมีเงินได้
3. อายุของผู้มีเงินได้     ต่ำกว่า 65 ปี     65 ปี ขึ้นไป
4. จำนวนบุตรเฉพาะที่สามารถขอหักค่าลดหย่อนได้ ไม่จำกัดจำนวน **(\*\*อายุไม่เกิน 25 ปี และไม่มีเงินได้)**  
 จำนวนบุตร.....คน คนที่ 1.อายุ.....ปี 2.อายุ.....ปี 3.อายุ.....ปี 4.อายุ.....ปี 5.อายุ.....ปี
5. เบี้ยประกันชีวิตเฉพาะกรมธรรม์ประกันชีวิตมีกำหนดเวลา 10 ปีขึ้นไป.....บาท/ปี (ตามจ่ายจริงแต่ไม่เกิน 100,000 บาท)
6. ดอกเบี้ยเงินกู้เพื่อเช่าซื้อบ้านและที่อยู่อาศัย.....บาท/ปี (ตามจ่ายจริงแต่ไม่เกิน 100,000 บาท)  
**หมายเหตุ \*\*ข้อ 6. กู้ร่วมระหว่างคู่สมรสสามีและภรรยาแยกคำนวณภาษี จะต้องแบ่งครึ่งเท่าๆ กันของจำนวนที่จ่ายจริง แต่รวมกันไม่เกิน 100,000 บาท\*\***
7. ค่าซื้อหน่วยลงทุนในกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ (RMF).....บาท/ปี (ตามจ่ายจริงแต่ไม่เกิน 30% ของเงินได้และไม่เกิน 500,000 บาท)  
**หมายเหตุ \*\*\* ข้อ 7. สมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพสำหรับลูกจ้างประจำ (กสจ) หรือสมาชิกกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข) หรือสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ สิ้นสภาพสำหรับบุคลากรมหาวิทยาลัยนเรศวร \*\*\*ไม่ต้องกรอกข้อมูลนี้\*\*\***
8. ค่าซื้อหน่วยลงทุนในกองทุนรวมเพื่อการออม (SSF).....บาท/ปี (ตามจ่ายจริงแต่ไม่เกิน 30% ของเงินได้และไม่เกิน 200,000 บาท)
9. ค่าลดหย่อนอุปการะเลี้ยงดูบิดา – มารดาที่ไม่มีเงินได้และเบี้ยประกันสุขภาพที่ทำให้กับบิดา – มารดาของผู้มีเงินได้และคู่สมรส  
 บิดาของผู้มีเงินได้    เลขบัตรประชาชน.....เบี้ยประกันสุขภาพ.....(ไม่เกิน 15,000 บาท)  
 มารดาของผู้มีเงินได้    เลขบัตรประชาชน.....เบี้ยประกันสุขภาพ.....(ไม่เกิน 15,000 บาท)  
 บิดาของคู่สมรส    เลขบัตรประชาชน.....เบี้ยประกันสุขภาพ.....(ไม่เกิน 15,000 บาท)  
 มารดาของคู่สมรส    เลขบัตรประชาชน.....เบี้ยประกันสุขภาพ.....(ไม่เกิน 15,000 บาท)
10. ค่าลดหย่อนอุปการะเลี้ยงดูคนพิการหรือคนทุพพลภาพ จำนวน 1 คน เลขบัตรประจำตัวคนพิการ.....
11. เงินบริจาคสนับสนุนการศึกษา (จำนวนเงินที่จ่ายจริง).....บาท
12. เงินบริจาคอื่นๆ.....บาท

ขอรับรองว่ารายการที่กรอกข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....  
 (.....)

**หมายเหตุ \*\*\*\*ข้อมูลข้างต้นเป็นข้อมูลที่มีผลต่อการคำนวณภาษี ซึ่งจะคำนวณโดยโปรแกรมภาษีหัก ณ ที่จ่าย ของกรมสรรพากร  
 ฉะนั้นขอให้ท่านกรอกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วนและส่งเอกสารที่ งานเงินเดือนและสวัสดิการ กองคลัง \*\*\*\***