

致：稅務局局長
 To : Commissioner of Inland Revenue
 香港郵政總局郵箱132號
 傳真：2877 1232
 G.P.O. Box 132, Hong Kong
 Fax No.: 2877 1232

檔案號碼：
 File No : _____

申索子女 及／或 供養兄弟姊妹免稅額
Claim for Child Allowance and/or Dependent Brother or Dependent Sister Allowance
 課稅年度 Year of Assessment _____ / _____

	受養人 1 Dependant 1	受養人 2 Dependant 2																																
<input type="checkbox"/> (1) 受養人的姓名 (請用正楷填寫) Name of the Dependant (Please use BLOCK LETTERS)																																		
<input type="checkbox"/> (2) 你與受養人的關係 Your relationship with the Dependant	你的子女 your child <input type="checkbox"/>	你的子女 your child <input type="checkbox"/>																																
	你的兄弟／姊妹 your brother/sister <input type="checkbox"/>	你的兄弟／姊妹 your brother/sister <input type="checkbox"/>																																
	你配偶的兄弟／姊妹 your spouse's brother / sister <input type="checkbox"/>	你配偶的兄弟／姊妹 your spouse's brother / sister <input type="checkbox"/>																																
<input type="checkbox"/> (3) 受養人的出生日期 Date of birth of the Dependant	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td align="center">日Day</td><td align="center">月Month</td><td align="center">年Year</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日Day	月Month	年Year						<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td align="center">日Day</td><td align="center">月Month</td><td align="center">年Year</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日Day	月Month	年Year					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																											
日Day	月Month	年Year																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																											
日Day	月Month	年Year																																
<input type="checkbox"/> (4) 受養人於該年度任何時間內年滿18歲 — During the year, the Dependant was of or over the age of 18 years:	<table border="1"> <tr> <td>但未滿25歲， 並接受全日制教育 but under 25 years and receiving full time education during the year <input type="checkbox"/></td> <td>但因殘疾 而不能工作 but incapacitated for work with disability during the year <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	但未滿25歲， 並接受全日制教育 but under 25 years and receiving full time education during the year <input type="checkbox"/>	但因殘疾 而不能工作 but incapacitated for work with disability during the year <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td>但未滿25歲， 並接受全日制教育 but under 25 years and receiving full time education during the year <input type="checkbox"/></td> <td>但因殘疾 而不能工作 but incapacitated for work with disability during the year <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	但未滿25歲， 並接受全日制教育 but under 25 years and receiving full time education during the year <input type="checkbox"/>	但因殘疾 而不能工作 but incapacitated for work with disability during the year <input type="checkbox"/>																												
但未滿25歲， 並接受全日制教育 but under 25 years and receiving full time education during the year <input type="checkbox"/>	但因殘疾 而不能工作 but incapacitated for work with disability during the year <input type="checkbox"/>																																	
但未滿25歲， 並接受全日制教育 but under 25 years and receiving full time education during the year <input type="checkbox"/>	但因殘疾 而不能工作 but incapacitated for work with disability during the year <input type="checkbox"/>																																	
<input type="checkbox"/> (5) 受養人於該年度內有資格按政府傷殘津貼計劃申 索津貼，本人擬就受養人申請傷殘受養人免稅額。 I wish to claim disabled dependant allowance in respect of the Dependant who was eligible to claim an allowance under the Government's Disability Allowance Scheme during the year.	<table border="1"> <tr> <td align="center">是Yes <input type="checkbox"/></td> <td align="center">否 No <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	是Yes <input type="checkbox"/>	否 No <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td align="center">是Yes <input type="checkbox"/></td> <td align="center">否 No <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	是Yes <input type="checkbox"/>	否 No <input type="checkbox"/>																												
是Yes <input type="checkbox"/>	否 No <input type="checkbox"/>																																	
是Yes <input type="checkbox"/>	否 No <input type="checkbox"/>																																	
<input type="checkbox"/> (6) 受養兄弟／姊妹的父母資料： Particulars of the parents of the dependant brother/sister :																																		
<input type="checkbox"/> (i) 受養兄弟／姊妹的父親姓名及香港身分證號碼 Name and H.K. Identity Card Number of the father of the dependant brother / sister	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td align="center">: : : : : ()</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	: : : : : ()	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td align="center">: : : : : ()</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	: : : : : ()																												
<input type="text"/>																																		
: : : : : ()																																		
<input type="text"/>																																		
: : : : : ()																																		
<input type="checkbox"/> (ii) 受養兄弟／姊妹的母親姓名及香港身分證號碼 Name and H.K. Identity Card Number of the mother of the dependant brother / sister	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td align="center">: : : : : ()</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	: : : : : ()	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td align="center">: : : : : ()</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	: : : : : ()																												
<input type="text"/>																																		
: : : : : ()																																		
<input type="text"/>																																		
: : : : : ()																																		

本人謹此聲明，在本表格內所填報的資料均屬真確，並無遺漏。

I declare that the information given above is true, correct and complete.

簽署：
Signature : _____

日間聯絡電話：
Daytime Contact Phone No.: _____

姓名：
Name : _____

日期：
Date : _____

請在適當空格內加上「✓」號。 Please '✓' in the appropriate boxes.