

(表 面)					※受付 年 月 日 番号													
障 害 児 福 祉 手 当 (福 祉 手 当) 所 得 状 況 届																		
① 受 給 資 格 者	氏名 フクシマ ケンタ 福島 健太					個人 番号	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4
	住所																	
② 配 偶 者	氏名					個人 番号												
	住所																	
③ 扶 養 義 務 者	氏名 福島 健一					個人 番号	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6
	受給資格者との続柄 父					住所 福島市五老内町3番1号												
④ 令 和 年 所 得				⑤ 受 給 資 格 者		⑥ 配 偶 者		⑦ 扶 養 義 務 者										
⑧ 控除対象配偶者及び扶養親族の合 計数(うち老人扶養親族の数(受給 者については、㉞70歳以上の同一生 計配偶者及び老人扶養親族の合計数、 ㉟特定扶養親族の数、㉞16歳以上19歳 未満の控除対象扶養親族の数))				㉞ 人 (㉟ 人) (㉞ 人)		人 (人)		人 (人)										
⑨ 所 得 額				円	※㉞円	円	※㉟円	円	※㉞円									
控 除	障害者(特別障害者を除く。) ㊱である同一生計配偶者及び扶 養親族の数			人	円	人	円	人	円									
	㊱特別障害者である同一生計配 偶者及び扶養親族の数			人	円	人	円	人	円									
	障害者・特別障害者・寡婦・ ㊱ひとり親・勤労学生の特			寡・ひとり ・勤	円	障・特障 ・勤	円	障・特障・ 寡・ひとり ・勤	円									
	㊱				円	円	円	円	円	円								
					円	円	円	円	円	円								
㊱社会保険料等相当額			円	円			円											
⑮ 控 除 後 の 所 得 額				円		円		円										
上記のとおり、相違ありません。 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 氏名 福島 健太 福 島 市 長																		
※ 審 査																		

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
◎ 字は楷書ではっきり書いてください。
◎ ※の欄は記入しないでください。