

(表 面)

※受付 年 月 日 番号

特別障害者手当所得状況届															
① 受給資格者	氏名	福島 一郎	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	住所	福島市五老内町3番1号													
② 配偶者	氏名	福島 花子	個人番号	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	住所	福島市五老内町3番1号													
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 住所	子 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	同一生計配偶者及び扶養親族の合計数(うち老人扶養親族の数(受給資格者については、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、㊱16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数))	人	人	人	人										
	(㉞)	(人)	(人)	(人)	(人)										
	(㉟)	(人)	(人)	(人)	(人)										
⑨	受給資格者に係る所得額 (欄外の記入要領参照)	円	※ア 円												
⑩	配偶者・扶養義務者に係る所得額			円	※イ 円	円	※ウ 円								
控除	⑪ 障害者(特別障害者を除く。)である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円								
	⑫ 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								
	⑬ 障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生との別	寡・ひとり・勤	円	障・特障・勤	円	障・特障・寡・ひとり・勤	円								
	⑭	円	円	円	円	円	円								
	⑮ 社会保険料等相当額	円	円	円	円	円	円								
⑯	控除後の所得額	円	円	円	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 福島市長 氏名 福島 一郎															
※審査															

(注)⑨欄の記入方法

- 裏面の公的年金等を受給していない方は、都道府県民税に係る前年(1月～6月までの間に認定請求をする方の場合、前々年)の課税所得(給与所得がある場合には、給与所得の金額から10万円を控除した額)を記入してください。
- 裏面の公的年金等を受給している人は、右により計算した所得額(Gの欄の額)を記入してください。

- ◎ 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。

公的年金等の収入額 (種類 .)	A	円	※	円
(種類 .)				
Aの金額の65歳未満である者に係る公的年金等控除後の金額	B	円		円
給与所得控除後の給与所得額	C	円		円
特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令第5条第1項による控除(10万円)	D	円		円
公的年金等以外の雑所得金額	E	円		円
雑所得以外のすべての所得額	F	円		円
所得額(B+C-D+E+F)	G	円		円