

特別障害者手当 所得状況届

① 受給資格者	(フリガナ)		個人番号				
	氏名						
	住所						
② 配偶者	氏名		個人番号		住所		
③ 扶養義務者	氏名		個人番号		住所		
	(受給者との続柄)						
④ 平成 年分所得	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(受給資格者については、⑦老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数、⑧特定扶養親族の数、⑨16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数))	人		人		人		
	(⑦) 人						
	(⑧) 人						
	(⑨) 人		( ) 人		( ) 人		
⑨ 受給資格者に係る所得額 (欄外の記入要領参照)		※7 円					
⑩ 配偶者・扶養義務者に係る所得額			円 ※8	円	円 ※9		
控除額	⑪ 障害者(特別障害者を除く。)である控除対象配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円
	⑫ 特別障害者である控除対象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 の別	寡・ひとり・勤	円	障・特障・勤	円	障・特障・寡・ひとり・勤	円
	⑭ 雑損控除額	円		円		円	
	医療費控除額	円		円		円	
	小規模共済控除	円		円		円	
	配偶者特別控除額	円		円		円	
⑮ 社会保険料相当額	円		円		円		
⑯ 控除後の所得額							
<p>上記のとおり、相違ありません。 また、本手当の受給資格認定に必要な範囲において、所得状況等を調査することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p>始良市福祉事務所長 殿</p>							
* 審査							

(注) ⑨欄の記入要領

1 裏面の公的年金等を受給していない人は、都道府県民税に係る前年(1月から6月までの間に認定を請求する人の場合は前々年)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。

2 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。

公的年金等の収入金額	A		円	円
(種類 )				
(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