

障害児福祉手当(福祉手当)所得状況届

| | | | | | | | |
|---|------------------------------------|----------|------|---------|----|--------------|----|
| ① 受給資格者 | (フリガナ) | | | 個人番号 | 住所 | | |
| | 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、㉞老人控除対象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 | |
| | (㉞) | 人 | | | | | |
| | (㉟) | 人 | | | | | |
| | (㊱) | 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 | ※7 | 円 | |
| 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・ひとり・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 | | | | | | | |

- ◎ 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と書いてください。
- ◎ ※の欄は記入しないでください。