

※受付 年 月 日 番号

障害児福祉手当所得状況届

① 受給資格者	(ふりがな)		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	
	受給資格者との続柄			

④ 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(受給者については、(ア)70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数、(イ)特定扶養親族の数、(ウ)16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数))	人 (ア) 人 (イ) 人 (ウ) 人	人  人	人  人	
⑨ 所得額	円 ※ア 円	円 ※イ 円	円 ※ウ 円	
控除	⑩ 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
	⑪ 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
	⑫ 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
	⑬	円 円	円 円	円 円
	⑭ 社会保険料等相当額	円 円	円 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。

氏名

※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。
- ◎ ※欄は記入しないでください。