

										※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							
		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				人				人					
				((ア)) 人				((イ)) 人				((ウ)) 人					
				((イ)) 人				((ウ)) 人				((ウ)) 人					
				((ウ)) 人				((ウ)) 人				((ウ)) 人					
⑨ 所 得 額				円		※ア 円		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			
				円		円		円		円		円					
⑭ 社会保険料等相当額			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。