

※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	(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(受給資格者については、(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	(人)	(人)			
			(ウ) 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			
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		
	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		
	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		円	円	円	円	円	
	⑮	社会保険料等相当額	円	円	円	円	円	
⑯	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

※
番
査

(注) ⑨欄の記入要領

- 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(E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。
◎ ※欄は記入しないでください。

公的年金等の収入金額 (種類 .) (種類 .)	A	円	※	円
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
雑所得及び給与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