

※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 令和	年所得		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、㉞70歳以上の同一生計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))		㉞ 人 ㉟ 人 ㊱ 人	人 (人)	人 (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 円
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	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	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・医療・配特・小規模 その他控除額	円	円	円	円	円 円
		円	円	円	円	円 円
⑮ 社会保険料等相当額	円	円	/		円 円	
⑯ 控除後の所得額	円		円		円 円	
上記のとおり、相違ありません。 令和 年 月 日 氏名 長岡市社会福祉事務所長 殿						
※審査	所得制限 該当 ・ 非該当					

(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

支給要件等の決定のため、世帯の所得等課税状況の調査をする事に同意します。
 住所 長岡市
 氏名

