

※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	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 (ア) 人 (イ) 人 (ウ) 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	円			
	⑩ 配偶者・扶養義務者に係る所得額	円	円 ※イ	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							
※審査							

(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～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。
- 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。

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

- ◎ 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。