

※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	(人)	(人)			
⑨	所得額		円 ※ア	円	円 ※イ	円 ※ウ		
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	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
⑮	控除後の所得額		円	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。
- ◎ ※の欄は記入しないでください。