様式第七号(第十五条関係)

(表面)

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | ※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、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 | 　 | 　 |
| 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 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　その他控除額 | 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 |
| 　　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 |

(裏面)

|  |
| --- |
| **※以下本人またはご家族の中に１月以降に転入した方がいる場合のみご記入ください。** |
| 特別障害者手当等の支給要件等の決定のため、世帯（世帯分離を含む。）の所得等課税状況の調査を行います。 |
| 以下の表に世帯員の氏名、受給資格者から見た続柄、個人番号をご記入願います。 |
|  | 個　人　番　号　確　認　欄 |
|  | 氏名 | 本人との続柄 | 個人番号 |
|  | 受給資格者 | 本人 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |