様式第七号（第十五条関係）

様式第七号を次のように改める。

（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） 氏　名			個人番号	
	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
控除　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
控除　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
控除　⑭	円	円	円	円	円	円
控除　⑭	円	円	円	円	円	円
控除　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

殿

※審査	

（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。

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。

（A列4番）