様式第三号を次のように改正する。

様式第三号（第二条・第五条関係）

（表　面）

				※受付　年　月　日　番号		
障害児福祉手当（福祉手当）所得状況届						
①　受給資格者	（ふりがな） 氏　名　㊞ 住　所			個人番号		
②　配偶者	氏　名		個人番号		住　所	
③　扶養義務者	氏　名 受給資格者との続柄		個人番号		住　所	

④　平成　年所得		⑤　受給資格者		⑥　配偶者		⑦　扶養義務者	
⑧	控除対象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、㋐老人控除対象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））	（㋐　人） （㋑　人） （㋒　人）　人		（　人）　人		（　人）　人	
⑨	所得額	円	※㋐円	円	※㋑円	円	※㋒円
控除	⑩ 障害者（特別障害者を除く。）である控除対象配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円
控除	⑪ 特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円
控除	⑫ 障害者・特別障害者・寡婦（寡夫）・寡婦の特例・勤労学生の別	寡・寡特・勤	円	障・特障・勤	円	障・特障・寡・寡特・勤	円
控除	⑬	円	円	円	円	円	円
控除	⑬	円	円	円	円	円	円
控除	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

上記のとおり、相違ありません。

平成　年　月　日

氏名　㊞

殿

※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。記名押印に代えて署名することができます。

◎　※の欄は記入しないでください。

（日本工業規格　A列4番）