様式第七号を次のように改正する。

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） 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）						

		⑤　受給資格者		⑥　配偶者		⑦　扶養義務者	
④　平成　年所得							
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））	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。）である控除対象配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円
控除 ⑫	特別障害者である控除対象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（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 ⑭		円	円	円	円	円	円
		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。
平成　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（E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
公的年金等以外の雑所得金額	C	円	円
雑所得以外のすべての所得額	D	円	円
所得額（B＋C＋D）	E	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。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）