様式第二号（第三十二条第二項第三号及び第四十七条第二項第三号関係）

障害
遺族　年金生活者支援給付金　所得状況届

日本年金機構理事長　殿

平成　　年度　　平成　　年　　月　　日提出

請求者	個人番号（または基礎年金番号） 年金コード		
	氏名		㊞
	生年月日	明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日	
	住所		
	控除対象配偶者および扶養親族の合計数	人 （うち老人控除対象配偶者および老人扶養親族の合計数　　人） （うち特定扶養親族の数　　人） （うち16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数　　人）	
	同一生計配偶者（控除対象配偶者を除く。）の有無	有（70歳以上・70歳未満）　・　無	
	前年所得合計額		円
	控除 雑損		円
	控除 医療費		円
	控除 社会保険料		円
	控除 小規模企業共済等掛金		円
	控除 配偶者特別		円
	控除 障害者（特別障害者を除く。）である控除対象配偶者、扶養親族および同一生計配偶者の合計数		人
	控除 特別障害者である控除対象配偶者、扶養親族および同一生計配偶者の合計数		人
	控除 障害者・特別障害者・寡婦（寡夫）・寡婦の特例・勤労学生の別	障　・　特障　・　寡　・　寡特　・　勤	
	控除 地方税法附則第６条第１項の免除に係る所得額		円
	※控除後の所得額		円
その他			
※審査			

※　上記のとおり、相違ありません。

平成　　年　　月　　日　　市町村長　　㊞

◎　※印の欄は、記入しないでください。

備　考　１．用紙の寸法は、日本工業規格Ａ列４番とする。

２．必要があるときは、所要の変更を加えること、その他所要の調整を加えることができる。