様式第2号(第2条関係)

(表)

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | ※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) | 住所 |
| 氏名 |
| ② | 配偶者 | 氏名 | 住所 |
| ③ | 扶養義務者 | 氏名 | 住所 |
| 受給資格者との続柄 |
| ④ | 　　　　　　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) | 　　　　　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 |
| 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 |
| ⑫ | 障害者・特別障害者・寡婦・勤労学生の別 | 寡･勤 | 円 | 障・特障勤 | 円 | 障・特障寡･勤 | 円 |
| ⑬ | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| ⑭ | 社会保険料等相当額 | 　 | 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。　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　様 | 氏名 |
| ※審査 | 事項 | 　 |
| 　上記のとおり相違ありません。　　　　　　年　　月　　日身延町長　　　　　　　　　　　 |

◎　裏面の注意をよく読んでから記入してください。

かい

◎　字は楷書ではっきり書いてください。

◎　※印の欄は、記入しないでください。

(裏)

注意

1　③の欄は、あなたの子、父、母、孫、祖父母、その他の直系血族又は兄弟姉妹のうち、あなたの生計を維持している人について記入してください。

2　⑧の欄は、地方税法に定める控除対象配偶者及び扶養親族の合計数を記入してください。

　なお、地方税法に定める老人扶養親族があるときは、その人数を(　)内に再掲してください。

3　⑨の欄は、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、前々年をいいます。)の所得について都道府県民税の総所得金額、退職所得金額、山林所得金額、土地の譲渡等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額及び先物取引に係る雑所得等の金額の合計額を記入してください。所得がない場合には、「なし」と記入してください。

4　⑩の欄は、⑧の欄の控除対象配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障害者以外の障害者である人の数を記入してください。

5　⑪の欄は、⑧の欄の控除対象配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障害者である人の数を記入してください。

6　⑫の欄は、⑤、⑥又は⑦の欄に掲げる者が、地方税法に定める特別障害者以外の障害者若しくは特別障害者、寡婦又は勤労学生であるときは、該当するものを○で囲んでください。

7　⑬の欄は、前年の所得について地方税法に定める雑損控除、医療費控除又は小規模企業共済等掛金控除等を受けたときに、それぞれの項目及び当該控除額を記入してください。

8　⑭の欄は、受給資格者が地方税法に定める社会保険料控除を受けたときに当該控除額を記入してください。

　この所得状況届には、次の書類を添えて提出してください。

　(1)　⑨の欄の所得額について、町長の証明書

　(2)　⑩から⑬までの欄に記入した事項について、町長の証明書