

(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) にしお たろう		個人番号		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 1		
	氏 名 西尾 太朗		住 所 西尾市寄住町下田 2 2 番地				
② 配偶者	氏 名	個 人 番 号	住 所				
② 扶養義務者	氏 名 西尾 一郎	個 人 番 号 1234500000 67	住 所 同上				
	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	人	人			
	イ	人	(人)	(人)			
ウ	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。)である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円
	⑪ 特別障害者である同一生計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・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
	⑬	円	円	円	円	円	円
	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。 令和 5 年 4 月 1 日 氏名 西尾 太朗 (あて先) 西尾市長							
※ 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。

◎ ※の欄は記入しないでください。