

(要綱様式2号)

※ 町村	受付 年 月 日	県保健福 受付 年 月 日	受理年月日 年 月 日
	進達 年 月 日	祉事務所	受理番号 (.)

障害児福祉手当認定請求書

認定を受けようとする者	① (ふりがな) 氏名・性別			男 ・ 女
	② 生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日	満 歳
他 制 度 の 適 用 状 況	③ 住 所	TEL ()		
	④ 特別児童扶養手当・障害基礎年金等の受給状況	1 受給している。 2 支給停止されている。 3 申請中 4 受給していない。	年 金 等 の 種 類 () () 証 書 記 号 番 号 () ()	
身 障 手 帳	⑤ 身体障害(療育)手帳所有状況	身 障 手 帳	番 号 () 等 級 (級) 障 害 名 1 あ り 2 な し	療 育 手 帳 A B 1 あ り 2 な し
	⑥ 施設への入所状況	1 入所している () 2 入所していない		
⑦ 手 当 の 支 払 希 望 金 融 機 関 名	関係書類を添えて、障害児福祉手当の受給資格の認定を請求します。			
銀行 支店	年 月 日			
預金口座名 ()	氏 名 □			
預金口座番号 ()	(代書人 □)			
郵便局	福島県 保健福祉事務所長 様			
(その他)				

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。

※添付書類	(ア) 戸籍謄本・抄本及び住民票 (ウ) 障害児福祉手当 所得状況届 福祉手当	(イ) 診断書及びX線フィルム
※確認	(町村における確認事項) 1 障害基礎年金等の受給状況 2 特別児童扶養手当の受給状況 3 身体障害(療育)手帳所有状況 4 入院等(入院先) 上記のとおり確認します。 年 月 日 (町村長) □	
	(保健福祉事務所における確認事項) 施設入所(入所先)	
※認定・却下	年 月 日 認定 (支給開始 年 月) 却下	※備考

(注 意)

- ④の欄は、特別児童扶養手当、障害基礎年金等他制度による障害を支給事由とする年金等の受給状況について、該当するものを記入してください。
- ⑥の欄は、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、知的障害者更生施設等に入所しているかどうかについて、該当するものを記入してください。なお、入所しているときは()内に施設の種類を記入してください。
- この請求書は、原則として、請求者が作成することとなっておりますが、請求者以外の者が請求書を作成した場合は、請求者の氏名のほかに代書人の氏名を記入して押印してください。
- 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。
- この請求書について、わからないことがある場合には、最寄りの町村役場に聞いてください。

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 ⑩	住 所					
② 配 偶 者	氏 名	住 所					
③ 扶 養 義 務 者	氏 名 受給資格者との続柄	住 所					
④ 平成	年所得	⑤ 受給資格者	⑥ 配 偶 者	⑦ 扶 養 義 務 者			
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、㉗老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数、㉘特定扶養親族の数、㉙16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数))		(㉗ 人) (㉘ 人) (㉙ 人)	人 (人)	人 (人)			
⑨ 所 得 額	円	※㉚円	円	※㉛円	円	※㉜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(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
	⑬	円	円	円	円	円	円
⑭ 社会保険料等相当額	円	円	円	円	円	円	
⑮ 控 除 後 の 所 得 額	円	円	円	円	円	円	
上記のとおり、相違ありません。 平成 年 月 日 氏名							
※証明	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日						
※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。

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、扶養親族(以下「扶養親族等」という。)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控除対象配偶者、老人扶養親族及び特定扶養親族並びに16歳以上19歳未満の同法に定める控除対象扶養親族があるときは、その人数を次により()内に再掲してください。

- 1 受給者については、㉗に老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数を、㉘に特定扶養親族の数を、㉙に16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数を記入してください。
- 2 配偶者及び扶養義務者については、老人扶養親族の数を記入してください。
- 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商品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(寡夫)、寡婦控除の特例対象者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、小規模企業共済等掛金控除又は配偶者特別控除等を受けたときに、それぞれそ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、次の書類を添えて出してください。

- 1 ⑨の欄の所得額について、市区町村長の証明書
- 2 ⑩から⑬までの欄に記入した事項について、市区町村長の証明書

16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族に関する申立書

- 私の所得税法上の扶養親族のうち、前年(請求日が1月から6月までの間にある場合は、前々年)の12月31日において年齢が16歳以上19歳未満であった者について、以下のとおり申し立てます。

16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族				
	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	別居の場合の住所
1			平成 年 月 日	
2			平成 年 月 日	
3			平成 年 月 日	
4			平成 年 月 日	

(注意事項)

- この申立書は、「特別児童扶養手当認定請求書」、「特別児童扶養手当所得状況届」を提出する方が、前年(請求日が1月から6月までの間にある場合は、前々年)の12月31日(年の途中で死亡した場合には、その死亡の日)において年齢が16歳以上19歳未満の所得税法上の扶養親族がある場合に、ご記入いただくものです。
(参考)平成23年12月31日において年齢が16歳以上19歳未満の方:平成5年1月2日から平成8年1月1日までの間に生まれた方
- 所得税法上の扶養親族とは、前年(請求日が1月から6月までの間にある場合は、前々年)の12月31日(年の途中で死亡した場合には、その死亡の日)において、次のいずれにも該当する方をいいます。
- ① 配偶者以外の親族(6親等内の血族及び3親等内の姻族)か、都道府県等から養育を委託された児童(いわゆる里子)である
 - ② あなたと生計を一にしている
 - ③ 前年(請求日が1月から6月までの間にある場合は、前々年)分の所得税法上の合計所得金額が38万円以下である
 - ④ 青色申告者の事業専従者として給与の支払を受けていない又は白色申告者の事業専従者でない
- 記入欄が足りない場合は、子の氏名等を複数枚の申立書に分けてご記入ください。

この申立書により申し出る16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の人数は、所得税及び住民税における内容と相違ありません。

住所 _____

氏名 _____ 印