

(要綱様式1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	(.)

特別障害者手当認定請求書

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	年	月	日	満 歳
	③ 住所	TEL ()				
他年度の適用状況	④ 障害年金、老齢年金、遺族年金等の受給状況	1 受給している。 年金等の種類 () 2 支給停止されている。 () 3 申請中 () 4 受給していない。 証書記号番号 ()				
	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	療育手帳	1 あり A 2 なし B	
⑥ 施設への入所状況		1 入所している () 2 していない				
⑦ 病院等への入院状況		1 入院している (年 月 日から) 2 していない				
⑧ 特別障害者手当の支払希望金融機関名		関係書類を添えて、特別障害者手当の受給資格の認定を請求します。				
銀行 支店 預金口座名 () 預金口座番号 () (その他)		年 月 日 氏 名 □ (代書人 □) 福島県 保健福祉事務所長 様				

◎ 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) 特別障害者手当所得状況届	(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 3 入院等 (入院先) 上記のとおり確認します。 年 月 日 (町村長) □	2 身体障害 (療育) 手帳所有状況
※認定・却下	年 月 日 認定却下月) (支給開始 年	※備考

(注 意)

- ④の欄は、障害年金、老齢年金、遺族年金等他制度による公的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。
なお、1から3までのいずれかに該当するときは、()内に「公的年金等」から該当する記号を記入し、その年金の種類(障害基礎年金、福祉手当、老齢年金、遺族年金等)を具体的に記入してください。「公的年金等」を2つ以上受けているときは、それぞれ記入してください。
- ⑥の欄は、身体障害者療護施設、肢体不自由者更生施設、知的障害者更生施設、特別養護老人ホーム等の施設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。
- ⑦の欄は病院又は診療所に入院しているかどうかについて該当するものを○で囲んでください。なお、入院しているときは、()内に入院した年月日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。

公 的 年 金 等

イ	福祉手当
ロ	国民年金
ハ	厚生年金保険の年金
ニ	船員保険の年金
ホ	恩給
ヘ	国家公務員等共済組合の年金
ト	条例による地方公務員の年金
チ	地方公務員共済年金、地方団体関係団体職員共済組合、地方議会議員共済会、又は旧市町村職員共済組合の年金
リ	私立学校教職員共済組合の年金
ヌ	農林漁業団体職員共済組合の年金
ル	国会議員互助年金
ヲ	日本製鉄八幡共済組合の年金
ヰ	執行官の恩給
カ	旧令による共済組合等からの年金受給者のために国家公務員等共済組合連合会が支給する年金
コ	戦傷病者、戦没者遺族の年金又は給与金
ク	未帰還者の留守家族手当
ケ	労働者災害補償保険の年金
コ	国家公務員災害補償制度の年金
セ	公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償制度の年金
ソ	地方公務員災害補償制度の年金
タ	原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律に基づく介護手当

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 ⑤	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				
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、㊦老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数、㊧特定扶養親族の数、㊨16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数))	人 (㊦) 人 (㊧) 人 (㊨) 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	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
	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
	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
	⑭	円	円	円	円	円	円
	⑮ 社会保険料等相当額	円	円	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 ⑤ 福島県会津保健福祉事務所長 様							
※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 ⑤						
※審査							

(注) ⑨欄の記入要領

- 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。
- 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。

(裏面)

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、扶養親族の合計数を記入してください。
 なお、同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、⑦に老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数を、④に特定扶養親族の数を、⑤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、所得がない場合は「なし」と記入してください。
- 4 ⑩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。
- 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以外の障害者である人の数を記入してください。
- 6 ⑫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の人の数を記入してください。
- 7 ⑬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。
- 8 ⑭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。
- 9 ⑮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。

10 (注)の表中

- ア Aの欄は、下表に掲げる公的年金等(課税対象年金・恩給を含む。)のすべての収入金額を記入してください。
 また、()内に「公的年金等」から該当する記号(ネについては、これに加え、当該公的年金等の名称)を記入し、その年金の種類(障害基礎年金、老齢年金等)を具体的に記入してください。「公的年金等」を2つ以上受けているときはそれぞれ記入してください。
- イ Bの欄は、Aの欄の金額から所得税法第35条第4項の年齢65歳未満である者に係る公的年金等控除額に相当する額を控除した後の金額を記入してください。
- ウ Cの欄は、「公的年金等」以外の雑所得の金額(所得税法第35条第2項第2号に掲げる金額)を記入してください。
- エ Dの欄は、都道府県民税の対象となった、雑所得以外の総所得金額、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、超短期所有土地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) 公的年金等を除く所得額について、市区町村長の証明書
- (2) 公的年金等の収入金額について明らかにすることのできる証明書(年金証書等の写)
- (3) ⑪から⑭までの欄に記入した事項について、市区町村長の証明書

公 的 年 金 等

イ	国民年金
ロ	厚生年金保険の年金
ハ	船員保険の年金
ニ	恩 給
ホ	国家公務員等共済組合の年金
ヘ	条例による地方公務員の年金
ト	地方公務員共済組合、地方団体関係団体職員共済組合、地方議会議員共済会又は旧市町村職員共済組合の年金
チ	日本私立学校振興・共済事業団の年金
リ	農林漁業団体職員共済組合の年金
ヌ	国会議員互助年金
ル	日本製鉄八幡共済組合の年金
ヲ	執行官の恩給
ワ	旧令による共済組合等からの年金受給者のために国家公務員等共済組合連合会が支給する年金
カ	戦傷病者、戦没者遺族の年金又は給与金
コ	未帰還者の留守家族手当
タ	労働者災害補償制度の年金
レ	国家公務員災害補償制度の年金
ソ	公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償制度の年金
ツ	地方公務員災害補償制度の年金
ネ	所得税法第35条第2項に規定する公的年金等の上記イ〜ツに該当しない課税対象年金

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