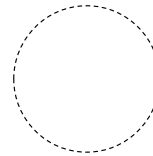
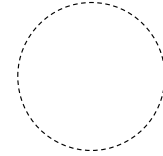


様式第七号(第十五条関係)

(表面)



(町村収受印)



(実施機関収受印)

特別障害者手当所得状況届									
① 受給資格者	(ふりがな)				個人番号				
	氏名 ㊟								
	住所								
② 配偶者	氏名		個人番号		住所				
③ 扶養義務者	氏名		個人番号		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(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			
⑨ 受給資格者に係る所得額(欄外の記入要領参照)		円 ※ア 円		円 ※イ 円		円 ※ウ 円			
⑩ 配偶者・扶養義務者に係る所得額		円 ※イ 円		円 ※ウ 円		円 ※ウ 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	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	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	円
	⑭		円	円	円	円	円	円	円
	⑮ 社会保険料等相当額		円	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。 令和 年 月 日									
宮城県仙台保健福祉事務所長 殿				氏名 ㊟					
※ 町村確認・証明	上記のとおり、相違ないことを証明します。(公的年金等受給者に係る下表のAの欄を除く。) 令和 年 月 日 (町村長名) 印				※ 審査 ・基準上の最低所得制限基準額 本人 3,604,000円 配偶者又は扶養義務者 6,287,000円 ・実際の所得制限基準額 本人 _____ 円 配偶者又は扶養義務者 _____ 円 ・所得制限 該当 ・ 非該当				
	確認担当者氏名 印								

(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	A	円	※	円
(種類 .)				
(種類 .)				
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。

(日本工業規格 A列4番)

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
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
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、⑨
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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

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、
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
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
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で上記イ～ツに該当しない課税対象年金