

様式第一号(第二条関係)

(表 面)

※受付 年 月 日

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		
	②生年月日	平成 令和	年 月 日 満 歳
	③住所		④個人番号
他制度の適用状況	⑤障害基礎年金・特別児童扶養手当等の受給状況	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 ()
	⑥身体障害者手帳の所有状況	1 あり { 番 号() 等 級(級) 障 害 名() }	2 なし
	⑦療育手帳の所有状況	1 あり { 番 号() 等 級() }	2 なし
⑧ 施設への入所状況	1 収容されている() 2 されていない		
⑨ その他	保険証の種類 (国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 後期高齢)		
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">八女市福祉事務所長 殿</p>			
※ 認 定 却 下	年 月 日 (支給開始 年 月 日)	※ 備 考	

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。

◎字は楷書ではつきり書いて下さい。

◎※の欄は記入しないでください。

(日本工業規格 A列4番)

(裏 面)

注意

1 ⑤の欄は、障害基礎年金、特別児童扶養手当等他の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○で囲んでください。

なお、1から3までのいずれかに該当するときは、()内に具体的に記入してください。

2 ⑥の欄は、身体障害者手帳の所持の有無について、該当するものを○で囲んでください。

3 ⑦の欄は、障害児入所施設等の施設に収容され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、収容されているときは、()内に施設の種類を記入してください。

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)		個人番号		電話番号		
	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 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	
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 年 月 日							
氏名							
八女市福祉事務所長 殿							
※審査	受給資格者	円	<input type="checkbox"/> 非該当				
	配偶者	円	<input type="checkbox"/> 該当				
	扶養義務者	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。

◎ ※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(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、㉞に老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数を、㉟に特定扶養親族の数を、㊱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