

特別障害者手当認定請求書

認定を受けようとする者	① 氏名・性別	ふりがな		男・女
	② 生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	満 歳
	③ 住所	倉敷市		
	④ 個人番号			
他制度の適用状況	⑤ 障害基礎年金、老齢年金、遺族年金等の受給状況	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	
	⑥ 身体障害者手帳の所有状況	1 あり 2 なし	番号 { } 等級 { } 障害 { }	級
⑦ 施設への入所状況	1 入所している { 年 月 日から } 2 していない			
⑧ 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			
⑨ その他 【転入前住所等】				
<p>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。 また、所得状況について、課税台帳等により確認されることを承諾します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>氏 名 _____</p> <p>倉敷市 社会福祉事務所長 宛</p>				
※ 認定却下	年 月 日 (支給開始 年 月)	※ 備考		

- ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
- ◎ 字は楷書ではっきり書いてください。
- ◎ ※欄は記入しないでください。

注 意

- 1 ⑤の欄は、障害基礎年金、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○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「公的年金等の種類」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、老齢年金、遺族年金等)を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有の有無について、該当するものを○で囲んでください。
なお、手帳を持っているときは、()内にその内容を記入してください。
- 3 ⑦の欄は、身体障害者療護施設、身体障害者更生施設、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、入所されているときは、()内に施設の種類の種類を記入してください。
- 4 ⑧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、入院されているときは、()内に入院した年月日を記入してください。
- 5 ⑨の欄は住所地を変更したために新たに受給資格の認定を請求する場合において、変更前の住所を記入してください。

公的年金等の種類

- | | |
|---|--|
| 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 |
| 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 |
| ワ | 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 |
| ヨ | 戦傷病者、戦没者遺族の年金又は給与金 |
| タ | 未帰還者の留守家族手当 |
| レ | 労働者災害補償保険の年金 |
| ソ | 国家公務員災害補償制度の年金 |
| ツ | 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 |
| ネ | 地方公務員災害補償制度の年金 |
| ナ | 原子爆弾被爆者に特別措置に関する法律に基づく介護手当 |

特別障害者手当所得状況届

① 受給資格者	(ふりがな)					住 所			
	氏 名								
	個 人 番 号								
② 配 偶 者	氏 名					住 所			
	個 人 番 号								
③ 扶 養 義 務 者	氏 名					住 所			
	(受給資格者との続柄)								
	個 人 番 号								
④	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、㉞70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数、㉟特定扶養親族の数、㊱16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数))	人	人	人					
		(㉞) 人	() 人	() 人					
		(㉟) 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		
控 除	⑪ 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		
	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。									
令和 年 月 日									
倉敷市 社会福祉事務所長 宛									
氏 名									
※ 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 .)	A	円	※	円
(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。
- ◎ ※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、地方税法に定める同一生計配偶者、扶養親族の合計数を記入してください。
なお、70歳以上の同法に定める同一生計配偶者、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70歳以上の同一生計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の欄の同一生計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の欄の同一生計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。
- 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)

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
へ	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
ヨ	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

承 諾 書

受給資格者	(ふりがな)		
	氏名・性別		男 ・ 女
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大 正 <input type="checkbox"/> 昭 和 <input type="checkbox"/> 平 成 <input type="checkbox"/> 令 和	年 月 日 満 歳
	住 所	倉敷市	

特別児童扶養手当等の支給に関する法律第37条に規定する厚生年金保険法、国民年金法及び船員保険法に基づく障害年金の受給権有無の資料の提出について、年金事務所等に依頼することには異存がありません。

令和 年 月 日

氏 名

(法定代理人の場合

受給資格者との続柄 _____)

倉敷市 社会福祉事務所長 宛

特別障害者手当
障害児福祉手当

口座振替申請書

倉敷市会計管理者 様

倉敷市から受ける		特別障害者手当 障害児福祉手当	は、下記金融機関へ振り込んでください。				
令和	年	月	日				
住所		倉敷市					
氏名		_____					
TEL () _____					
金融機関の 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所				
預金種別・ 記号・番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	番号	_____	_____	_____		
(フリガナ) 口座名義人	_____						

◎ 振込口座は受給者ご本人様名義の口座になります。