



あらかじめ印字されている箇所



記入していただく箇所

※印字内容に変更がある場合は修正してください

○受給資格者は児童、扶養義務者は保護者等です

○配偶者は該当者がいる場合のみ印字・記入

(令和6年度) 障害児福祉手当 所得状況届

受給者番号

受給資格者	●●●● ●●●●		個人番号 (マイナンバー)	令和6年1月1日現在で静岡市に 住民登録がない場合は必須		
	氏名 ●● ●●●●					
	静岡市 ●●●●区 ●●●●町 ●丁目 ●番 ●号					
配偶者	氏名		個人番号 (マイナンバー)	令和6年1月1日現在で静岡市に 住民登録がない場合は必須	住所	同上
扶養義務者 続柄 (▲▲)	氏名	▲▲ ▲▲	個人番号 (マイナンバー)	令和6年1月1日現在で静岡市に 住民登録がない場合は必須	住所	同上

令和5年所得		受給資格者 ()	配偶者	扶養義務者
扶養親族	扶養親族の合計	● 人	人	▲ 人
	㊦老人扶養親族等の合計数	● 人	人	▲ 人
	㊦特定扶養親族の数	● 人	人	人
	㊦特若：16歳以上19歳未満の 扶養親族の数	人	人	人

所得額			●●●●●●●円		円		▲▲▲▲▲▲▲円	
控除	障害者(特別障害者を除く)である 同一生計配偶者、扶養親族の数		人 ●	円 ●●●●	人	円	人 ▲	円 ▲▲▲▲
	特別障害者である同一生計配偶者、扶 養親族の数		人 ●	円 ●●●●	人	円	人 ▲	円 ▲▲▲▲
	障害者・特別障害者・寡婦・ ひとり親・勤労学生の別		寡・ひ・勤	円 ●●●●	障・特障・ 勤	円	障・特障・ 寡・ひ・勤	円 ▲▲▲▲
	その他	医療費・雑損・小規模	●●●●●円		円		▲▲▲▲▲円	
	社会保険料相当額		●●●●●円		円		▲▲▲▲▲円	
控除後の所得額			●●●●●●●円		円		▲▲▲▲▲▲▲円	
所得制限限度額								

上記のとおり 所得状況届を提出します

令和 6 年 8 月 2 日

受給資格者氏名

受給資格者の署名

(宛先) 静岡市長