

見 本

様式第2号（第6条、第19条関係）

市川市難病患者等福祉手当所得状況届

受給資格者	氏名 ○○ ○○	住 所 ○○○○○○○○○					
配 偶 者	氏名 ○○ ○○	住 所 ○○○○○○○○○					
扶 養 義 務 者	氏名 ○○ ○○	住 所 ○○○○○○○○○					
	受給資格者の続柄 ○						
年所得		受給資格者		配偶者		扶養義務者	
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（受給資格者について同一生計配偶者（70歳以上の者に限る。）及び老人扶養親族の合計数、①特定扶養親族の数、②16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数））		同一世帯内の受給資格者の直系血族及び兄弟姉妹の氏名を記入してください（未成年者を除く）。					
		(①) 人	(人)	(人)	(人)	(人)	(人)
		(②) 人	(人)	(人)	(人)	(人)	(人)
		(③) 人	(人)	(人)	(人)	(人)	(人)
所 得 額		円	円	円	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及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円
	特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円
	障害者・特別障害者・寡婦（寡夫）・寡婦の特例・勤労学生の特例	寡・寡特・勤	円	障・特障・寡・寡特・勤	円	障・特障・寡・寡特・勤	円
		円	円	円	円	円	円
		円	円	円	円	円	円
	社会保険料等相当額	円	円	円	円	円	円
控除後の所得額		円		円		円	

世帯の状況、所得の状況その他の市川市難病患者等福祉手当の支給に係る審査において確認を要する事項に関して、市川市が公簿等で確認することに同意します。

〇〇年〇〇月〇〇日

氏 名 ○○ ○○