

世帯状況・収入申告書の記入について

別記第2号様式(第4条第2項・第11条第2項関係)

世帯状況・収入申告書 兼 (介護給付費 訓練等給付費)利用者負担額減額・免除等申請書

豊島区長

年 月 日

申告者

居住地 豊島区南池袋2-45-1

氏名 豊島 太郎(サービス利用者本人)

次のとおり申告します。

世帯の状況等について

	氏名	生年月日	個人番号	区市町村民税の課税状況
申告者(障害者)				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
配偶者*				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税

* 申告者が20歳未満の施設入所者は保護者

同意される場合は口にて✓してください。同意いただけない場合は住民税課税証明書、または非課税証明書を添付してください。

利用者負担額決定のため、私及び私の配偶者(または保護者の属する世帯)の税務情報、手当受給状況を調査することに同意します。

次のとおり申請します。

(該当の口にて✓してください。)

負担上限月額に関する認定

下記の区分の適用を申請します。(あてはまるものに○をつけてください。)

- 1. 生活保護受給世帯
 - 2. 区市町村民税非課税世帯
 - 3. 区市町村民税課税世帯で所得割額の合計額が16万円(障害児にあつては28万円)未満の方かつ、在宅の方、または20歳未満の施設入所者、加齢児
- ※世帯とは本人及び配偶者、障害児については保護者が属する世帯が対象です。
障害児は20歳未満の施設入所者を含み、加齢児を除きます。

生活保護への移行予防措置に関する認定

生活保護への移行予防措置を申請します。

自己負担減免措置 特定障害者特別給付費(補足給付)の特例措置

※福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

共同生活援助(グループホーム)入居者に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減補助)

区市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。

申告書提出者	※申告者(本人)以外の方が提出する場合のみ記入してください。		
フリガナ		申告に係る	
氏名		障害者との関係	
住所	〒		
		電話番号	

(裏面は施設入所者のみお書きください。)

太枠内をご記入ください。

1. 記入する年の1月1日時点で豊島区に住所をおいていない方は、
 - ・※1税証明書の提出
 - もしくは
 - ・※2個人番号(マイナンバー)の記載をお願いします。(※他のサービス申請の際にマイナンバーを提出している方は除く。)

※1. 20歳未満で施設に入所されている方は保護者の世帯全員の住民税課税・非課税証明書が必要です。

※2. 個人番号(マイナンバー)をご記入いただいた際には、障害者手帳の写しも併せてご提出ください。

2. 豊島区以外で生活保護を受給されている

定率負担分を負担すると生活保護の対象となる場合は、対象とならなくなるまで負担上限月額の引き下げ、補足給付(入所施設の食費、光熱水費等の軽減措置)の拡大をします。該当すると思われる場合は、チェックを入れてください。

同意を頂ける方はチェックを入れてください。同意いただけない場合は、当該年度の区市町村民税課税・非課税証明書の提出が必要となります。

1~3のいずれかに○をしてください。あてはまらない場合は空欄にしてください。
※生活保護受給世帯の方は「2. 区市町村民税非課税世帯」ではなく「1. 生活保護受給世帯」に○をつけてください。

グループホームに入居している方で、非課税の方はチェックを入れてください。

裏面は施設入所の方のみ記入してください。

年金振込通知書・源泉徴収票・領収書等、証明書の写しを添付してください。

当該年度の前年1月～12月の収入を記入してください。

・厚生年金及び共済年金の受給者の方は、当該年度の前年1月～12月までの間に受け取った年金額の口座振り込み通知書等の写しを添付してください。

障害年金等
令和5年中に受給した障害年金(障害基礎年金1級、2級)や老齢年金などの公的年金額を記入してください。

重度心身障害者福祉手当、心身障害者福祉手当を受給中の方はこちらに記入してください。

租税・・・所得税、住民税、固定資産税、自動車税等

次のとおり申請します。

(利用者負担額の減額等を申請する場合、該当の□に✓してください。)
※世帯は本人及び配偶者、20歳未満の方については保護者の属する世帯が対象です。
施設とはグループホームを除きます。

個別減免に関する認定
下記のいずれにもあてはまるため、個別減免を申請します。
1. 療養介護利用者
2. 区市町村民税非課税世帯の方

施設入所者に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(食費等軽減措置)
下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。
(20歳以上の方)
1. 施設入所者(年令 才)
2. 区市町村民税非課税世帯の方又は生活保護受給世帯の方

個別減免(施設利用料の減額措置)や補足給付があります。その対象となる方は、記入してください。

個別減免・特定障害者特別給付費の申請をされた方、療養給付を申請される方は以下の申告してください。
次のとおり申告します。

障害者本人の収入について
(個別減免、特定障害者特別給付費を申請する場合・・・全て記入 申請しない場合・・・①～⑤を記入)
(記入上の注意)

- * 収入の証明書(年金振込通知書、源泉徴収票、工賃・給与等の振込通帳、または証明書、領収書等)の写しを添付してください。添付しない場合は確認できるものをお持ちください。
- * 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円	①
--------	---	---

合計所得金額
地方税法上の合計所得金額を記入します。
(マイナス所得の方は0と記入してください。)

豊島区で課税されている方は、特別区民税・都民税通知書の「A所得金額」を記入してください。

(2) 収入等の状況
収入(A)(年収)

区分	種類	収入額
稼 得 等 収 入	障害年金等(障害基礎年金・障害厚生年金・障害共済年金・特別障害給付金・障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等)	円 ②
	特別児童扶養手当等(特別児童扶養手当・障害児福祉手当・特別障害者手当・経過的福祉手当)	円 ③
	工賃等収入	円 ④
収 入 の 他	その他の収入(失業手当・傷病手当・外国籍障害無年金者給付金等)	円
	重度心身障害者福祉手当(都)・心身障害者福祉手当(区)	円 ⑤
	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入 その他の収入(遺族恩給等)	円

工賃等収入
就労先・作業所等から支払われる工賃収入など就労により得た収入を記入してください。

心身障害者扶養年金清算金を記入してください。

必要経費(B)

種類	内容	金額
租 税		円
		円
社 会 保 険 料		円
		円

社会保険料等・・・国民健康保険の保険料、介護保険料を記入してください。ただし、65歳以上の施設入所者の方は介護保険料を除きます。