様式第二号(第三十二条第二項第三号及び第四十七条第二項第三号関係)

障害遺族　年金生活者支援給付金　所得状況届

日本年金機構理事長　殿

令和　　年度　　令和　　年　　月　　日提出

請求者	個人番号(又は基礎年金番号) 年金コード		
	氏名		
	生年月日		明治・大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日
	住所		
	控除対象配偶者及び扶養親族の合計数		人 (うち老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数　　人) (うち特定扶養親族の数　　人) (うち16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数　　人)
	同一生計配偶者(控除対象配偶者を除く。)の有無		有(70歳以上・70歳未満)　・　無
	前年所得合計額		円
	控除	雑損	円
		医療費	円
		社会保険料	円
		小規模企業共済等掛金	円
		配偶者特別	円
		障害者(特別障害者を除く。)である控除対象配偶者、扶養親族及び同一生計配偶者の合計数	人
		特別障害者である控除対象配偶者、扶養親族及び同一生計配偶者の合計数	人
		障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別	障　・　特障　・　寡　・　ひとり親　・　勤
		地方税法附則第6条第1項の免除に係る所得額	円
	※控除後の所得額		円
その他			
※審査			

※　上記のとおり、相違ありません。
　　令和　　年　　月　　日

市町村長　　㊞

◎　※印の欄は、記入しないでください。

備　考　1. 用紙の寸法は、A列4番とする。

2. 必要があるときは、所要の変更を加えること、その他所要の調整を加えることができる。