

特別障がい者手当の申請に必要な書類

1. 特別障がい者手当認定請求書
2. 特別障がい者手当所得状況届
3. 本人、配偶者、同居の扶養義務者（父母、子、兄弟、姉妹、孫、祖父母）の所得が確認できる書類（確定申告書控、令和8年度市町村民税課税（非課税）証明書など）
 - * 2026年（令和8年）1月1日に藤沢市にお住まいの場合、同意書の提出により省略することができます。
 - * 2026年（令和8年）1月2日以降に藤沢市に転入した方等で、マイナンバーにより所得が確認できる場合、省略することができます。
4. マイナンバーカードまたは通知カード
（詳しくは裏面をご覧ください）
5. 身体障がい者手帳・療育手帳・精神障がい者保健福祉手帳（お持ちの方のみ）
6. 特別障がい者手当認定診断書（記載日から2か月以内のもの）
※診断書については医療機関へお問い合わせください。
7. 年金証書・恩給証書（受給されている方のみ）
8. 2025年（令和7年）1月～12月分の年金・恩給の総額が確認できるもの（受給されている方のみ）
 - （例1）年金に関する源泉徴収票
 - （例2）年金振込通知書（同一年の2、4、6、8、10、12月の金額が確認できる通知書）
 - （例3）年金が振り込まれている預金通帳等
 - （例4）受給権者支払記録照会回答票（年金事務所にて発行）※7・8で、年金等の「種類・番号・金額」が確認できるものが必要
9. 本人名義の預金通帳等（口座情報が確認できるもの）
（ゆうちょ銀行のときは振込用口座番号の記載されたもの）

受付・お問い合わせ

〒251-8601 藤沢市朝日町1番地の1

藤沢市役所 障がい者支援課（本庁舎2階）

電話 0466-50-3528

FAX 0466-25-7822

（2026年7月～2028年6月申請受付用）

平成28年1月から、マイナンバー（個人番号）制度が開始となり、表面の書類の他に、次の提出書類が必要になります。ただし、マイナンバー（個人番号）が確認できないことを理由に申請を拒否することはありません。

1. マイナンバー（個人番号）が確認できる書類

- ・マイナンバーカード、通知カードなど

※デジタル手続法の施行日（令和2年5月25日）時点で交付されている通知カードは、氏名、住所等の記載事項に変更がない場合または正しく変更手続きがとられている場合に限り利用可能です。

2. 本人確認書類

- ・1点での確認書類

マイナンバーカード、運転免許証、パスポート、
身体障がい者手帳、療育手帳、精神障がい者保健福祉手帳、
官公庁から発行された氏名・生年月日又は住所が記載されているもの（写真付）など

- ・2点以上での確認書類

健康保険証、介護保険証、年金手帳、
官公庁から発行された氏名・生年月日又は住所が記載されているものなど

【代理人申請時】

3. 代理人の本人確認書類

（代理人のマイナンバーカード、運転免許証、運転履歴証明書、パスポートなど）

4. 法定代理人の場合は、戸籍謄本や登記事項証明など

様式第五号（第十五条関係）

※受付 年 月 日

特別障がい者手当認定請求書

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	昭和 平成 令和	年 月 日	満 歳
	③ 住所	藤沢市	④ 個人番号	
他制度の適用状況	⑤ 障がい年金，老齢年金，遺族年金等の受給状況	1 受給している	年金等の種類 (証書記号番号 ()	
		2 支給停止されている		
		3 申請中	年金等の種類 (証書記号番号 ()	
		4 受給していない		
	⑥ 身体障がい者手帳の所有状況	1 あり	番号 () 等級 (級) 障がい名 ()	2 なし
	⑦ 施設への入所状況	1 入所している () 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			
関係書類を添えて，特別障がい者手当の受給資格の認定を請求します。 令和 年 月 日 氏名 藤沢市福祉事務所長 宛				
※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。 本人の電話番号 ()

◎ ※欄は記入しないでください。 銀行 支店

口座番号

フリガナ
口座名義人
(本人)

公金受取口座を利用します

※公金口座利用の際は、確認のため口座情報の記入をお願いします。

(裏面)

注意

1 ⑤の欄は、障がい年金、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」から該当する記号を記入し、その年金の種類(障がい基礎年金、福祉手当、老齢年金、遺族年金等)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。

2 ⑥の欄は、身体障がい者手帳の所持の有無について、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、身体障がい者療養施設、身体障がい者更生施設、知的障がい者更生施設、特別養護老人ホーム等の施設に収容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、収容されているときは、()内に施設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、入院しているときは、()内に入院した年月日を記入してください。

公 的 年 金 等

- | | |
|---|--|
| 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 |
| へ | 国家公務員共済組合の年金 |
| 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 | 日本私立学校振興・共済事業団の年金 |
| 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 | 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律に基づく介護手当 |

※受付 年 月 日 番号

特別障害者手当所得状況届								
① 受給資格者	(ふりがな)		個人番号					
	氏名							
	住所							
② 配偶者	氏名		住所					
	個人番号							
③ 扶養義務者	氏名		住所					
	個人番号							
	受給資格者との続柄							
④ 令和	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、㉗70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数、㉘特定扶養親族の合計数、㉙16歳以上19未満の控除対象扶養親族の数))		人 (㉗) 人 (㉘) 人 (㉙) 人	人 () 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。)である同一整形配偶者及び扶養親族の数		人	円	人	円	人	円
	⑫ 特別障害者である同一生計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・ひとり親・勤労学生の別		寡・ひとり・勤	円	障・特障・勤	円	障・特障・寡・ひとり・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 氏名 下伊那福祉事務所長 殿								
※審査								

(注) ⑨欄の記入要領
 1 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(給与所得がある場合には、給与所得の金額から10万円を控除した額)を記入してください。
 2 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	A	円	※円
(種類 .)			
(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
給与所得控除後の給与所得額	C	円	円
特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令第5条第1項による控除(10万円)	D	円	円
公的年金等以外の雑所得金額	E	円	円
雑所得及び給与所得以外のすべての所得額	F	円	円
所得額(B + C + D)	G	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。記名押印に代えて署名することができます。
 ◎ ※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(給与所得又は公的年金等に係る所得がある場合には、給与所得及び公的年金等に係る所得の合計額から10万円を控除した額)、得退職所得金額、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(譲渡所得に係る特別控除を受けた場合は、その額を控除した額)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の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、ひとり親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 E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 F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(譲渡所得に係る特別控除を受けた場合は、その額を控除した額)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) 公的年金等を除く所得額について、市区町村長の証明書
 - (2) 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)
 - (3) ⑪から⑭までの欄に記入した事項について、市区町村長の証明書

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
ヘ	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

世帯状況届兼同意書

私は、市が保有する障がい児福祉手当、特別障がい者手当の認定に必要な次の情報について、藤沢市福祉事務所長が利用することに同意します。なお、情報照会が必要となる対象者から、閲覧することについて同意を得ています。

※収集した個人情報は、他の目的に使用されることはありません。

- ・ 住民基本台帳の記載事項
- ・ 所得の状況
- ・ その他、認定に必要な事項

藤沢市福祉事務所長

年 月 日

※窓口に来た人が申請者(受給者)と異なる場合は、その人の住所・氏名・続柄を記入してください。

申請者(受給者)

住所

氏名

電話番号 ()

住所

氏名

申請者(受給者)との続柄:

電話番号 ()

【◎同居所に居住している方】

フリガナ 氏名	生年月日	続柄	2026年(令和8年) 1月1日現在の住所	個人番号	備考欄
□申請者(受診者)に同じ	大・昭・平・令 年 月 日	/	<input type="checkbox"/> 藤沢市内 <input type="checkbox"/> 市外 ()		
	大・昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 藤沢市内 <input type="checkbox"/> 市外 ()		
	大・昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 藤沢市内 <input type="checkbox"/> 市外 ()		
	大・昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 藤沢市内 <input type="checkbox"/> 市外 ()		
	大・昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 藤沢市内 <input type="checkbox"/> 市外 ()		
	大・昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 藤沢市内 <input type="checkbox"/> 市外 ()		

※記入欄が足りない場合は、別の用紙に記入をしてください。

◎受給者本人及び受給者本人と同じ住所に居住している方全員について、記入してください。
(勤務等の都合上、形式的に別世帯となっている場合も含む。)

- ・ 上記の◎印に該当する方のうち、2026年(令和8年)1月2日以降に藤沢市に転入された方等は、マイナンバーカードをお持ちください。
- ※マイナンバーでの情報照会を希望されない方は、1月1日に住民登録があった市区町村で発行される<令和8年度所得(課税)証明書>を提出してください。

	1点	2点
本人確認書類	マイナンバーカード ・ 運転免許証 その他 ()	保険証 ・ 自立 ・ 年金手帳 後見 ・ その他 ()

受付者

16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族に関する申立書

- 私の所得税法上の扶養親族のうち、前年(請求日が1月から6月までの間にある場合は、前々年)の12月31日において年齢が16歳以上19歳未満であった者について、以下のとおり申し立てます。

16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族					
	フリガナ 氏名	個人番号	続柄	生年月日	別居の場合の住所
1				平成・令和 年 月 日	
2				平成・令和 年 月 日	
3				平成・令和 年 月 日	
4				平成・令和 年 月 日	

(注意事項)

- この申立書は、「障がい児福祉手当認定請求書」、「特別障がい者手当認定請求書」、「障がい児福祉手当(福祉手当)所得状況届」、「特別障がい者手当所得状況届」を提出する方が、前年(請求日が1月から6月までの間にある場合は、前々年)の12月31日(年の途中で死亡した場合には、その死亡の日)において年齢が16歳以上19歳未満の所得税法上の扶養親族がある場合に、ご記入いただくものです。
- 所得税法上の扶養親族とは、前年(請求日が1月から6月までの間にある場合は、前々年)の12月31日(年の途中で死亡した場合には、その死亡の日)において、次のいずれにも該当する方をいいます。
- ① 配偶者以外の親族(6親等内の血族及び3親等内の姻族)か、都道府県等から養育を委託された児童(いわゆる里子)である
 - ② あなたと生計を一にしている
 - ③ 前年(請求日が1月から6月までの間にある場合は、前々年)分の所得税法上の合計所得金額が38万円以下である
 - ④ 青色申告者の事業専従者として給与の支払を受けていない又は白色申告者の事業専従者でない
- 記入欄が足りない場合は、子の氏名等を複数枚の申立書に分けてご記入ください。

この申立書により申し出る16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の人数は、所得税及び住民税における内容と相違ありません。

住所 _____
氏名 _____