

扶養の事実申出書

本書の記載事項は事実と相違なく、主として私の収入により生計を維持していることを申し出いたします。

組合員証記号番号

--	--	--	--	--	--	--	--

平成 年 月 日

組合員氏名

印

①氏名	②続柄	③生年月日	④年齢	⑤認定を受けようとする者の配偶者	⑥公費負担医療制度																		
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	歳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別(遺族年金 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	<input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> その他()																		
⑦現在の生活状況(該当するもの全てにチェック☑を入れてください。)				⑧年間収入推計額(認定日以降において恒常的に発生する収入の状況)																			
<input type="checkbox"/> 無職	<input type="checkbox"/> 就学前 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 家事専念 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> その他()			収入の種類																			
<input type="checkbox"/> 学生	種類 <input type="checkbox"/> 小中学校 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 高専・短大・大学・大学院 <input type="checkbox"/> 専門・各種 <input type="checkbox"/> 海外留学 <input type="checkbox"/> その他() 区分 <input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制 <input type="checkbox"/> その他()			年間収入推計額																			
<input type="checkbox"/> 就労中	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業・異業 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 専従者 <input type="checkbox"/> その他()			<table border="1" style="width: 100%; text-align: right;"> <tr><td>給与収入</td><td>100,000 円</td></tr> <tr><td>事業収入・営業収入</td><td>円</td></tr> <tr><td>不動産収入</td><td>円</td></tr> <tr><td>農業収入</td><td>円</td></tr> <tr><td>利子・配当収入</td><td>円</td></tr> <tr><td>年金収入</td><td>円</td></tr> <tr><td>雇用保険の失業給付(基本手当日額×360日)</td><td>円</td></tr> <tr><td>傷病手当金(給付日額×360日)</td><td>円</td></tr> <tr><td>その他()</td><td>円</td></tr> </table>		給与収入	100,000 円	事業収入・営業収入	円	不動産収入	円	農業収入	円	利子・配当収入	円	年金収入	円	雇用保険の失業給付(基本手当日額×360日)	円	傷病手当金(給付日額×360日)	円	その他()	円
給与収入	100,000 円																						
事業収入・営業収入	円																						
不動産収入	円																						
農業収入	円																						
利子・配当収入	円																						
年金収入	円																						
雇用保険の失業給付(基本手当日額×360日)	円																						
傷病手当金(給付日額×360日)	円																						
その他()	円																						
⑨申告前の加入健康保険				<table border="1" style="width: 100%; text-align: right;"> <tr><td><input type="checkbox"/>老齢年金 <input type="checkbox"/>退職年金 <input type="checkbox"/>恩給</td><td>円</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>遺族年金 <input type="checkbox"/>扶助料</td><td>円</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>障害年金</td><td>円</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>農業者年金 <input type="checkbox"/>年金基金</td><td>円</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>企業年金 <input type="checkbox"/>個人年金</td><td>円</td></tr> </table>		<input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 退職年金 <input type="checkbox"/> 恩給	円	<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 扶助料	円	<input type="checkbox"/> 障害年金	円	<input type="checkbox"/> 農業者年金 <input type="checkbox"/> 年金基金	円	<input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 個人年金	円								
<input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 退職年金 <input type="checkbox"/> 恩給	円																						
<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 扶助料	円																						
<input type="checkbox"/> 障害年金	円																						
<input type="checkbox"/> 農業者年金 <input type="checkbox"/> 年金基金	円																						
<input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 個人年金	円																						
加入していた医療保険		加入区分		資格喪失年月日																			
<input type="checkbox"/> 健康保険		<input type="checkbox"/> 被保険者又は組合員 <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者又は組合員		平成 年 月 日																			
<input type="checkbox"/> 共済組合		<input type="checkbox"/> 被扶養者		資格喪失事由																			
<input type="checkbox"/> 国民健康保険				<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 雇用条件の変更 <input type="checkbox"/> 被扶養者不該当(扶養替え等) <input type="checkbox"/> その他()																			
<input type="checkbox"/> 無保険				基本手当日額																			
⑩雇用保険の受給状況		受給期間		円																			
<input type="checkbox"/> 受給あり	<input type="checkbox"/> 受給終了 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給予定	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日																					
<input type="checkbox"/> 受給なし	<input type="checkbox"/> 受給期間延長中 <input type="checkbox"/> 受給権放棄 <input type="checkbox"/> 受給権なし(<input type="checkbox"/> 雇用保険未加入 <input type="checkbox"/> 加入月不足)																						
⑪組合員が扶養することとなった理由																							
※18歳以上60歳未満の者が学生や障害、病気または負傷のため就労能力を失っている 通常稼働能力があるため、今後の就労見込みや求職状況等について具体的な見直しを																							

※ 認定を受けようとする者に係る課税証明書(所得証明書・非課税証明書等)を省略しようとする場合は、地方税法に基づく守秘義務との関係上、認定を受けようとする者の同意が必要になりますので、必ず認定を受けようとする者が自署してください。

同意がない場合は、課税証明書(所得証明書・非課税証明書等)を添付いただくか、別途「同意書」の提出が必要になります。

⑬ 奈良県市町村職員共済組合理事長 様

平成 年 月 日

同 意 書

私は、奈良県市町村職員共済組合が、行政手続における特定の個人情報識別するための番号の利用等に関する法律別表第二の主務省令に定める事務及び情報を定める命令第31条の2に規定する事務手続を処理するために限って地方税関係情報について取得することに同意します。

氏 名
(認定を受けようとする者が自署)

※同意書の提出に係る詳細については別紙をご覧ください。