

# 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。

組合員証等記号番号

1 2 3

4 5 6 7

令和〇〇年〇〇月〇〇日

組合員氏名

共済 太郎

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
共済 花子	妻	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 〇年〇月〇日	〇〇歳	<input checked="" type="checkbox"/> 有→ <input checked="" type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 無→ <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 <input checked="" type="checkbox"/> 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( )			<input checked="" type="checkbox"/> 給与収入	年間収入推計額
<input checked="" type="checkbox"/> 就労中	<input checked="" type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業・農業 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 専従者 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/> 事業収入・営業収入	500,000 円
⑧申告前の加入健康保険				<input type="checkbox"/> 不動産収入	
加入していた医療保険		加入区分		<input type="checkbox"/> 農業収入	
<input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 被扶養者	資格喪失年月日 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 農業者年金	
<input type="checkbox"/> 共済組合		資格喪失事由		<input type="checkbox"/> 年金収入	
<input type="checkbox"/> 国民健康保険		<input type="checkbox"/> 退職 <input checked="" type="checkbox"/> 雇用条件の変更		<input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 退職年金 <input type="checkbox"/> 恩給	
<input type="checkbox"/> 無保険		<input type="checkbox"/> 被扶養者不該当(扶養替え等) <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 扶助料	
⑨雇用保険の受給状況				<input type="checkbox"/> 障害年金	
<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	受給期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	基本手当日額 円	<input type="checkbox"/> 農業者年金 <input type="checkbox"/> 年金基金	
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 受給権なし( <input checked="" type="checkbox"/> 雇用保険未加入 <input type="checkbox"/> 加入月不足 <input type="checkbox"/> その他)			<input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 個人年金	
⑩組合員が扶養することとなった理由				<input type="checkbox"/> 雇用保険の失業給付(基本手当日額×360日)	
※18歳以上60歳未満の者で学生や障害、病気または負傷のため就労能力を失っている者以外の者(配偶者を除く)については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通しを詳細に記入してください。				<input type="checkbox"/> 傷病手当金(給付日額×360日)	
令和〇〇年〇〇月〇〇日よりパート先の雇用条件が変更となったため。				<input type="checkbox"/> その他( )	
				合計	
				500,000 円	
⑪組合員および組合員以外の扶養義務者の年間収入				⑫組合員および組合員以外の扶養義務者の年間収入	
※認定を受けようとする者に対し、扶養義務順位が組合員と同順位または先順位にある者がいる場合、組合員および他の扶養義務者の収入確認のためそれぞれの年間収入推計額を記入してください。 (例:子を扶養する場合の夫婦・父母を扶養する場合の兄弟姉妹・祖父母等)				組合員	
				年収	円
				氏名	円
				続柄( )	円
				氏名	円
				続柄( )	円

⑬ 奈良県市町村職員共済組合理事長 様

令和 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を利用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)