

扶養申立書

◆扶養申立書の手引きにて記入方法及び提出書類を確認ください。

(R8.4.1)

記号番号	組合員氏名	認定を受けようとする者の氏名及び生年月日	続柄
—		S・H・R 年 月 日 才	
1. 扶養認定の申告理由について、し点を記入ください。 ※ 設問2以降についても同様に記入ください。			
<input type="checkbox"/> 組合員の資格取得 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 退職による無収入 <input type="checkbox"/> 収入の減少（雇用形態の変更等） <input type="checkbox"/> 失業給付の受給満了 <input type="checkbox"/> 養子縁組 <input type="checkbox"/> 扶養の付け替え（理由： _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
2. 認定を受けようとする者の現在の状況について、当てはまる全ての項目に記入ください。			
<input type="checkbox"/> 組合員と同居 <input type="checkbox"/> 組合員と別居 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト中 <input type="checkbox"/> 進学 または <input type="checkbox"/> 就職のため勉強中 <input type="checkbox"/> 高校生以下 <input type="checkbox"/> 大学生 <input type="checkbox"/> 短大生 <input type="checkbox"/> 専門学校生・・・（令和 _____ 年 _____ 月卒業見込） <input type="checkbox"/> 予備校生 <input type="checkbox"/> 法人の役員 <input type="checkbox"/> 外国籍 <input type="checkbox"/> 病気療養中 または <input type="checkbox"/> 障害により就労できない・・・傷病手当金 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給していた <input type="checkbox"/> 受給したことがない 障害者手当等を受給 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
3. 組合員及び認定を受けようとする者について、今後一年間に見込まれる収入金額を記入ください。			
組合員の収入見込 _____ 円 世帯員数（組合員＋既認定者＋認定対象者） _____ 人			
認定を受けようとする者	<input type="checkbox"/> 1. 収入はありません（無収入）		労働条件通知書等(手引き参照)を添付する場合「給与収入以外に他の収入がないこと」を認定を受けようとする者自ら申立てる必要があります。 ※給与支払証明添付は署名不要（認定対象者署名） 左記2のとおりであることを申立てます。
	<input type="checkbox"/> 2. 収入は給与収入のみである・・・ _____ 円 →		
	<input type="checkbox"/> 1・2以外・・・以下の収入合計 _____ 円 （以下の当てはまる収入全てを記入ください）		
	給与収入 _____ 円 営業（農業）等収入 _____ 円 不動産収入 _____ 円 雇用保険日額 _____ 円 傷病手当金日額 _____ 円 その他の収入 _____ 円 （名称： _____）		
	年金収入 _____ 円（請求中の方は見込額を記入）		
<input type="checkbox"/> 年金受給中 <input type="checkbox"/> 年金請求中・・・ <input type="checkbox"/> 老齢厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 遺族厚生年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金基金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 議員年金 <input type="checkbox"/> 公務員共済年金 <input type="checkbox"/> 私学共済年金 <input type="checkbox"/> 国民年金（ <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族） <input type="checkbox"/> 国民年金基金 <input type="checkbox"/> 年金生活者支援給付金			
4. 認定を受けようとする者について記入ください。			
(1) 扶養義務者について 組合員から見た続柄：組合員と同居別居： 収入の種類： 収入金額			
<input type="checkbox"/> 組合員のみ <input type="checkbox"/> 他に扶養義務者がいる（ _____ ）： <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居： _____ 円）			
(2) 申告前一年間の勤務状況等について（高校生以下は記入不要）			
<input type="checkbox"/> 申告前から引き続き勤めている・・・ <input type="checkbox"/> 同じ勤務先 <input type="checkbox"/> 勤務先を変えた（勤務開始：平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日） <input type="checkbox"/> 勤めていない <input type="checkbox"/> 勤めていた（勤務開始：平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から 勤務終了：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日） <input type="checkbox"/> 現在も引き続き事業収入（営業等・農業）がある <input type="checkbox"/> 事業収入があった・・・ <input type="checkbox"/> 廃業 または <input type="checkbox"/> 委譲（令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日）			
(3) 雇用保険の加入状況等について（高校生以下は記入不要）			
現在の雇用保険の加入状況・・・ <input type="checkbox"/> 加入している <input type="checkbox"/> 加入していない 過去の雇用保険の加入状況（申告前一年以内に退職した方、勤務先を変えた方）・・・ <input type="checkbox"/> 加入していた <input type="checkbox"/> 加入していなかった 雇用保険に加入していた場合の失業給付・・・ <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給しない <input type="checkbox"/> 受給していた（受給終了：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日） <input type="checkbox"/> 受給予定（ <input type="checkbox"/> 求職申込前 <input type="checkbox"/> 待期間中 <input type="checkbox"/> 給付制限期間中 <input type="checkbox"/> 延長手続き予定） 失業給付受給予定の場合・・・ <input type="checkbox"/> 認定日となり得る日後一月以内に失業給付を受給しない			
(4) 申告前の医療保険制度について どなたの被扶養者だったかを記入ください：左記の方から見た続柄			
<input type="checkbox"/> 市町村の国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 健康保険の被扶養者（氏名： _____ ）			
5. 組合員が子の認定を受けようとする場合、配偶者について記入ください。			
<input type="checkbox"/> 配偶者なし・・・ <input type="checkbox"/> 死別（平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日）または <input type="checkbox"/> 離婚（平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日） <input type="checkbox"/> 配偶者あり・・・ <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 事業収入 <input type="checkbox"/> 年金 _____ 円、配偶者の医療保険制度（ <input type="checkbox"/> 組合員の被扶養者 <input type="checkbox"/> 左記以外 _____ ）			
6. 父または母のいずれか一方もしくは両方の認定を受けようとする場合、その配偶者について記入ください。			
<input type="checkbox"/> 配偶者なし・・・ <input type="checkbox"/> 死別（平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日）または <input type="checkbox"/> 離婚（平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日） <input type="checkbox"/> 配偶者あり・・・ <input type="checkbox"/> 給与収入 <input type="checkbox"/> 事業収入 <input type="checkbox"/> 年金収入（年金名称 _____ ） _____ 円 配偶者の生年月日（昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日）、配偶者の医療保険制度（ <input type="checkbox"/> 組合員の被扶養者 <input type="checkbox"/> 左記以外 _____ ）			
7. 組合員と認定を受けようとする者が別居している場合に記入ください。			
組合員からの毎月の仕送金額： _____ 円 別居をしている理由： _____			
8. 組合員が扶養しなければならない理由、扶養申告に至るまでの経緯及び今後の予定等を記入ください。			
_____ _____ _____			
申告者欄	上記のとおり申告します。 なお、共済組合の認定基準を理解し、その要件を欠いたときは、速やかに認定取消の手続きを行います。 愛知県市町村職員共済組合理事長 様 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 申告者 氏名	所属所証明欄	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 職名 _____ 所属所長 _____ 氏名 _____