

事務局長	課長	主幹	係長	係	課員	年 月 日 伺 本件お伺いします

## 被 扶 養 者 申 告 書

組合員証 記号番号						所属機関名		
ふりがな						標準報酬月額 (短期)	等級	
組合員氏名							千円	
生年月日	年	月	日					
ふりがな	認定(取消)を受けようとする者の氏名、生年月日及び性別	続柄	職業及 年間推計額	及び所得額	扶養手当 の有無	給与事務 担当者 証明印	被扶養者の要件を備え 又は欠くに至った年月日 及びその理由	※判定・理由
現住所(居所)								
男・女	年 月 日生		円		有・無		-	-
男・女	年 月 日生		円		有・無		-	-
男・女	年 月 日生		円		有・無		-	-

上記のとおり申告します。

なお、上記の者は、佐賀県市町村職員共済組合が行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律別表第2の主務省令で定める事務及び情報を定める命令第31条の2第9号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。

佐賀県市町村職員共済組合理事長 様

住所

年 月 日 申告者 氏名 ⑩

---

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年 月 日

職名

所属所長 氏名 ⑩

- 1 「年間所得推計額」欄には、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労所得、資産所得、事業所得、その他の所得の推計額を記入してください。
- 2 被扶養者の認定を受けようとする者の個人番号を記入してください。
- 3 被扶養者の取消をする者の個人番号は、記入する必要はありません。
- 4 扶養事実の発生(消滅)の理由は、「被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及びその理由」欄に具体的に詳しく書いてください。  
 なお、被扶養者の認定(取消)を受けようとする者が高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2号の規定による障害の認定を受けている場合には、当該欄にそのに係る被保険者証に記載された資格取得年月日及び有効期間を記入してください。
- 5 「扶養手当受給の有無」欄については、給与事務担当者の証明印を受けて提出してください。
- 6 ※印欄は記入しないでください。
- 7 組合員が所属所長に申告書を提出した日に、所属所の文書受付印を押印してください。

異動処理	証回収	証発行