扶養事実申立書

記 号	333	組合員氏名	認定対象者 計員氏名 共済 太郎 (認定を受け ようとする者)			
番号	1234		六角	A.M	ようとする者: の氏名	
! !			認定対	象者を含む家	族全員	1

1 家族構成(家族全員を記入のこと) の状況をご記入ください。

- 13.137(1170 (3.10)(122)									
(フリガナ) 氏 名	続 柄	生年月日	職業	収入 (今後1年間の 見込み額)	同居 別居 の区分	住民票上 の国内外 居住の 区分	年金 恩給 受給の 有無	地共済 法上扶 養認定 の有無	備考
(キョウサイ タロウ) 共済 太郎	本人	昭和 △△. 12. 1	地方 公務員	6,600,000	4				
(和州 //1) 共済 花子	配偶者	昭和 △△.1 .1	無職	0	同・別	内· 外	有無	有·無	
(キョウサイ イチロウ) 共済 一郎	長男	平成 △△.5.1	会社員	3,500,000	同・別	内· 外	有無	有無	
(もがくジロウ) 共済 二郎	二男	ΔΔ. 6 . 1	アルバイト		同・別	内・外	有無	有無	
(扫が 1/M2) 共済 春子	長女	平成 △△.4 . 1	学生	0	同別	内· 外	有無	有·無	
				þ	同・別	内・外	有・無	有・無	
				þ	同・別	内・外	有・無	有・無	
				þ	同・別	内・外	有・無	有・無	

- (注1)認定対象者が別居している場合にあっては、別居先で同居している者の状況も記入してください。
- (注2)認定対象者の「住民票上の国内外居住の区分」が「外」の場合、渡航理由を「備考」欄に記入してください。
- (注3)日本の国籍を有しない者であって、「医療滞在ビザ」又は「観光・保養を目的とするロングステイビザ」で来日した者については、認定対象者

2 認定対象者の今後1年間に見込まれる収入内訳(全ての欄に記入(ない場合には「0」を記入)のこと。)

氏名	給与 国民年金 共済・厚生年金 その (遺族年金も含む)		その他	年金	事業収入		その他		計					
共済 花子	0 F	0	円	0	円	0	円	0	円	0	円	0	円	
また	対象者の今 、それぞれの							さい。	円		円		円	
(下	表 参照)	1							円		円		円	
	注	意事項								添	: 付:	書 類		
「給与」欄は諸控除前	前の年間総支給額	便を記入してく7 で記入してく7	ださい。				+	雇用証明書(別紙様式2)						
2 「国民年金」「共済・厚生年金」欄は現在受給中、又は受給することとなる年金の額を記入してください。 なお、「共済・厚生年金」欄についてはカッコ内に当該年金の保険者名(日本年金 【機構又は共済組合名)を記入してください。							添付不要。ただし、情報連携により、当該年金情報が取得できない 場合、確認書類の提出を依頼する場合があります。							
『その他年金』欄は民間企業における企業年金、個人年金、恩給(扶助料舎む)、 農業者年金、各共済制度における退職等年金給付等の年金額を記入してください。							<u> </u>	最新の決定通知書、改定通知書又は支給額変更通知書等の写						
4 「事業収入」欄は農業、自営業等による総収入額から必要経費を差し引いた所得額を記入してください。					上所得 □	<u> </u>	確定申告書又は市町村民税等申告書の写 (必要経費の内訳が確認できる書類を含む)							
5 「その他」欄は、不動産・配当金・利子及び傷病手当金等の額を記入してください。					(ださ ロ									

3 認定対象者の従来の生計状況

(認定対象者が従来自活していた場合にはその収入状況、配偶者等に扶養されていた場合にはその状況を具体的に記入してください。)

認定対象者は令和△△年3月31日に会社を退職するまで、	自身の収入により生計を維持していました。
また、その間は社会保険に加入していました。	

4 扶養事実の発生日とその理由

(扶養事実の発生日と認定対象者が自活できなくなった理由又は今回扶養認定をするに至った理由を具体的に記入してください。)

令和△△年3月31日に会社を退職したため。
退職後は家事に専念し、無収入となるため。

5 扶養事実の発生日前1年間における雇用保険制度の適用有無等

(扶養事実の発生日から1年以内に会社等を退職している場合、次の項目について記入してください。)

退職日 令和 △△ 年	3 月 31 日 在職中の雇用保険加入 有・無							
	1)無 2. 有(受給開始予定日:令和 年 月 日) 3. 受給中 4. 受給終了							
失業給付等の受給予定	「2.有」を選択した場合、以下の事項を必読の上、□に必ず☑チェックしてください。							
	□ 雇用保険給付の受給により、収入合計が収入基準日額を超える場合は、取消申告を行います。							

6 組合員が扶養しなければならない理由

(なぜ組合員が扶養しなければならないか、他に扶養できる者がいないか具体的に記入してください。)

認定対象者は組合員の配偶者であり、扶養義務があるため。退職後は家事に専念し、主に組合員の収入により 生計を維持しているため。 18歳以上60歳未満の方は通常稼働能力があると考えられます。

7 組合員以外からの援助等の有無

認定するにあたっては、扶養している実態及び扶養しなくてはならない 事情を具体的にご記入ください。

(配偶者以外の者を認定する場合、組合員以外の親族等からの経済的援助の有無について記入してください。)

養育費等も含みます。 当該親族から認定対象者への援助の有無 有 (援助額: 円/月) ・ 無✓ 援助を受けていない場合には必ず 無に〇をつけてください。 8 別居者に対する組合員の援助額等

(認定対象者が別居の場合に記入してください。なお、新たに組合員の援助が開始されるときは、今後の予定を記入してください。)

認定対象者氏名	1回の援助額 ①	援助(仕送り)時	期 ②	①と②に基づく援助年額		
	円	毎月・隔月・四半期	月. 月. 月	円		
		(隔月、四半期の場合は仕送り月を右に記入)	月. 月. 月			
	円	毎月・隔月・四半期	月. 月. 月	H		
		(隔月、四半期の場合は仕送り月を右に記入)	月. 月. 月			
	円	毎月・隔月・四半期	月. 回足.	者を認定する場合には、組合員の援助		
		(隔月、四半期の場合は仕送り月を右に記入)	74. 4	を認じます。 援助額は、それぞれの別居		
	,			つき月5.5万円(収入基準額180万円		
上記のとおり申し立てしま	す。			合は7.5万円)を下限とし、別居者に収		
令和△△ 年 4	月 1 日	住所		ある場合にはその収入より多い額を援		
		組合員氏名		ていることが条件となります。		
	Lenden Joseph Jo	741		として通帳のコピーの提出を依頼する		
上記の記載事項は、事実	と相遅ないことを認めます。			もありますので、通帳に記載の残る送		
令和△△ 年 4	月 1 日	職名		の方法で援助を行ってください。		
		所属所長 氏名				

群馬県市町村職員共済組合理事長 様