

# 扶養事実申立書

記号		組合員氏名		認定対象者 (認定を受けようとする者) の氏名	
番号					

**1 家族構成 (家族全員を記入のこと)**

(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
( )	組合員 本人	. .	地方 公務員	円	/	/	/	/	
( )		. .		円	同・別	内・外	有・無	有・無	
( )		. .		円	同・別	内・外	有・無	有・無	
( )		. .		円	同・別	内・外	有・無	有・無	
( )		. .		円	同・別	内・外	有・無	有・無	
( )		. .		円	同・別	内・外	有・無	有・無	
( )		. .		円	同・別	内・外	有・無	有・無	
( )		. .		円	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、認定対象者となりません。

**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 (遺族年金も含む)	その他年金	事業収入	その他	計
	円	円	円 ( )	円	円	円	円
	円	円	円 ( )	円	円	円	円
	円	円	円 ( )	円	円	円	円

注 意 事 項	添 付 書 類
1 「給与」欄は諸控除前の年間総支給額を記入してください。	→ 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。
3 「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(扶助料含む)、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。	→ 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。	→ 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。	→ 金額が確認できる書類(確定申告書の写等)

### 3 認定対象者の従来が生計状況

(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。)


### 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。)


### 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	年月日	在職中の雇用保険加入	有・無
失業給付等の受給予定		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	
		「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。	
		<input type="checkbox"/> 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。)


### 7 組合員以外からの援助等の有無

(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。)

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

### 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 <small>(隔月、四半期の場合は仕送り月を右に記入)</small>	月. 月. 月 月. 月. 月	円
	円	毎月・隔月・四半期 <small>(隔月、四半期の場合は仕送り月を右に記入)</small>	月. 月. 月 月. 月. 月	円
	円	毎月・隔月・四半期 <small>(隔月、四半期の場合は仕送り月を右に記入)</small>	月. 月. 月 月. 月. 月	円

上記のとおり申し立てします。

年 月 日

組合員

住所  
氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。

年 月 日

所属所長

職名  
氏名

群馬県市町村職員共済組合理事長 様