

扶養親族(異動)認定申請書

社会福祉法人 伊丹市社会福祉事業団
理事長 様

社会福祉法人伊丹市社会福祉事業団職員給与規則第15条の規定に基づき、扶養の実情を届け出ます。

令和 年 月 日

所属施設名

〒
現住所

職員番号及び氏名

印

扶養親族氏名	職員との続柄	生年月日	年齢	同居別居の別	職業	所得の種類及び月収	障害の事実(有・無)	異動の区分(増・減)	備考(異動の場合は異動事項及び年月日)

※事務局総務課使用欄※

決定欄 下記のとおり決定してよろしいか。

	(1)配偶者 10,000円	(2)~(4) 扶養親族2人まで 6,000円/人	(2)~(4)のうち 配偶者が扶養親族でない場合1人は 6,500円	(2)~(4)のうち 配偶者がいない場合1人は 14,500円	(2)~(4)のうち 3人目以降 5,000円/人	扶養親族である子で『特定期間』である者 5,000円/人 加算
従前の人数						
変更後の人数						

扶養手当 月額 年 月から 円 支給	【精算額】 年 月から 年 月まで
--------------------------	-------------------------

受付印

事務局長	総務課長	管理者等	担当

・事実の生じた日の属する月の翌月(初日であるときは、その月)
・ただし、届出が事実の生じた日から15日を経過した後にされた時は、受理した日の属する月の翌月(初日であるときは、その月)