

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

私が扶養する親族について、次のとおり認定されたく申請します。

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 (よみがな) 氏 名	職員 との 続柄	生年月日	年齢	同居 別居 の別	職業	年収見込・ 所得の種類 (給与・年金等)	申請内容(申請項目に○印) ※申請外項目は斜線を引くこと		備考(異動の場合 は異動理由及び 年月日)
							①家族手当	②社会保険	
()							増・減	該当・非該当	
()							増・減	該当・非該当	
()							増・減	該当・非該当	
()							増・減	該当・非該当	

※添付書類 (①「増」、②「該当」の認定申請時)

- ☐ 家族関係証明書類 (同居の場合:世帯全員の住民票、別居の場合:戸籍謄本)
- ☐ 被扶養者及び共同扶養者の所得証明書
(源泉徴収票、年金額通知書、給与見込証明書等)
- ☐ マイナンバー (②のみ)

※事務局総務課使用欄※ -----

決定欄 下記のとおり決定してほしいか。

	(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						

家族手当 月額
年 月から
円 支給

【精算額】
年 月から
年 月まで

・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)

社会保険	該 当 ()
被扶養者	非該当 ()

事務局長	総務課長	管理者等	担当

受付印