被　扶　養　者　申　告　書

事務局	次長	係長	係

組合員等記号番号	ＮＧＹ	所　　属	
組　合　員　氏　名		給　　料	標　準　報　酬
			等　級 ／ 月　額
生　年　月　日	年　　月　　日		

認定（取消）を受けようとする者の氏名	性別 続柄	生年月日	職業	年間所得推計額（種類）	現住所	扶養手当受給の有無	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	※判定及び理由 判定	※判定及び理由 理由
(フリガナ)	男・女	・　・		円		有・無				
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	男・女	・　・		円		有・無				
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	男・女	・　・		円		有・無				
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	男・女	・　・		円		有・無				
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	男・女	・　・		円		有・無				

上記のとおり申告します。

（あて先）

名古屋市職員共済組合理事長

年　　月　　日

申告者　住　所

氏　名

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

所属所長　職　名

氏　名

1．年間所得推計額は、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．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。
3．※印欄は記入しないでください。