

様式第1号（第19条関係）

決裁印	事務局長	次 長	主管係長

扶 養 親 族 届

令和 年 月 日

社会福祉法人昭和村社会福祉協議会
会 長

様

所 属
氏 名
住 所

印

職員の給与規程第19条第1項の規定により次のとおり届け出ます。

届出の理由 <input type="checkbox"/> 1 新たに職員となった（ <input type="checkbox"/> 配偶者がいない） <input type="checkbox"/> 2 新たに扶養親族たる要件を具備するに至った者がある（ <input type="checkbox"/> 配偶者がいない） <input type="checkbox"/> 3 扶養親族たる要件を欠くに至った者がある <input type="checkbox"/> 4 配偶者のない職員となった（3に該当する場合を除く） 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 5 配偶者を有するに至った（2に該当する場合を除く） 令和 年 月 日

扶養親族の氏名	続柄	同居・別居の別	収入の種類	収入年額	発生日月日	事 由

☆「扶養親族の収入年額」の欄には、届出事実発生日以降1年間の収入見込み額を記入すること。