

非扶養申立書

(札幌市職員専用)

平成____年____月____日

(あて先) 札幌市職員共済組合理事長

(組合員番号.....)

所 属.....

氏 名.....印

私は、下記の者に対する税控除、扶養手当及び共済（健康保険）扶養について、認定を受けていないことを申し立てます。

記

非扶養者

	(1) 非扶養者	(2) 非扶養者	(3) 非扶養者
氏 名			
生年月日	(昭和・平成) 年 月 日生	(昭和・平成) 年 月 日生	(昭和・平成) 年 月 日生
続 柄			
住 所			

給 与 担 当 課
担 当 者 確 認 欄

印

勤 労 ・ 交 ・ 水 ・ 病 ・ 下 水 (建 設 局)
※該当する区分に○印をつけてください。

※この様式は、本市職員どうして給与担当課（一般会計は勤労課）が異なる夫婦の子を、一方の職員の扶養に認定する際など、他方の給与担当課から扶養が重複しないことの確認を受けるためのものです。