

届出のとおりであることを確認します。	係

### 扶養親族（異動）届

神戸市民病院機構職員給与規程第 12 条の規定に基づき、扶養の状況を届け出ます。

提出年月日：令和 年 月 日

所属名		職員番号		氏名		配偶者	有・無
-----	--	------	--	----	--	-----	-----

※配偶者の有無に必ず○をつけてください

(注) 太線内は記入しないでください。

年号：明治=M 大正=T 昭和=S 平成=H 令和=R 性別：男=1 女=2

続柄	扶養親族氏名 (カタカナ)				姓 (漢字)	名 (漢字)		
年号	生年月日	性別	同居・別居	収入の種類及び 年収額	届出の事由及び 事由発生年月日	支給の 始期・終期		税 備考
			同・別			始	終	

続柄	扶養親族氏名 (カタカナ)				姓 (漢字)	名 (漢字)		
年号	生年月日	性別	同居・別居	収入の種類及び 年収額	届出の事由及び 事由発生年月日	支給の 始期・終期		税 備考
			同・別			始	終	

続柄	扶養親族氏名 (カタカナ)				姓 (漢字)	名 (漢字)		
年号	生年月日	性別	同居・別居	収入の種類及び 年収額	届出の事由及び 事由発生年月日	支給の 始期・終期		税 備考
			同・別			始	終	

扶養状況 年 月 日	配偶者	子	父母等	配偶者なし1人目	16~22歳 までの子	清算の有無	本部受付印
				0		1 有 ( 円) 2 無	
※上記に扶養コードに沿って記入				人事システム入力		年 月 日	
				給与システム入力		年 月 日	
職員給与規程に基づき 上記のとおり認定する。 年 月 日	課長	係長	担当	担当	確認者	入力者	