届出のとおりである	係
ことを確認します。	

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 年収額	種類及び		出の事由及び 由発生年月日	支給 始期	·の ・終期	税	備考	
					同・別					始.	終.			

続柄	続柄 扶養親族氏名(カタカナ) す									3	名 (漢字)			
年号	生年	月日		性別	同居・別居	収入 Œ 年収額	種類及び		出の事由及び 由発生年月日	支給 始期	の ・終期	税	備考	
					同・別					始 .	終.			

続柄		扶	養親族」	氏名 (カ	タス	1ナ)	姓 (漢字)		名 (漢字)				
年号	生年	三月	日		性別	同居・別居	収入の種類及び 年収額		出の事由及び 由発生年月日	支給 始期	iの ・終期	税	備考
						同・別				始.	終.		

扶養状況	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
年 月 日				0		1 有(2 無	円)	
※上記に扶養コードに沿っ	て記入			人事シス	マテム入力	年	月日	
				給与シス	マテム入力	年	月 日	
職員給与規程に基づき	課長	係長	担当	担当		確認者	入力者	
上記のとおり認定する。								
年 月 日								