

※ 次の2～3の項目について、確認の上「はい」又は「いいえ」のどちらかの□にレ印を記入してください。
4の項目については、他の扶養義務者について記入してください。

2 扶養親族Bは、私の親族等が受ける扶養手当又は民間その他のこれに相当する手当の支給の対象ではありません。

はい いいえ

※扶養親族Bがあなたの配偶者の場合は、以下の記入は不要です。

3 (扶養親族Bが子の場合) 私の配偶者の現況については、4に掲げるとおりであり、私の費用負担は配偶者の費用負担を上回っており、私が主たる扶養者となっています。

はい いいえ

※配偶者があなたと同居し生計を一にしている場合は、下記「4 他の扶養義務者の現況」欄の「扶養親族Bへの経済的負担」及び「加入する健康保険」については記入不要です。

※子の父又は母が現在あなたの配偶者でない場合は、下記「4 他の扶養義務者の現況」欄に現在配偶者でない子の父又は母について記入してください。

(扶養親族Bが子以外の場合) 私以外の扶養義務者の現況については、4に掲げるとおりであり、新たに扶養親族とすることについてこれらの扶養義務者から同意を得ています。

はい いいえ

4 他の扶養義務者の現況

申請者以外の扶養義務者有無

有 無

姓(カナ)	名(カナ)	扶養親族Bとの		年間収入見込額	扶養親族Bへの経済的負担		加入する健康保険 (扶養親族Bと同居している場合のみ記載)
		続柄	居住		負担の有無	年額 (負担有の場合)	
姓(カナ)	名(カナ)	続柄	<input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 同居	年間収入見込額 円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年額 (負担有の場合) 円	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健保(共済) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療
姓(漢字)	名(漢字)						
姓(カナ)	名(カナ)	続柄	<input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 同居	年間収入見込額 円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年額 (負担有の場合) 円	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健保(共済) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療
姓(漢字)	名(漢字)						
姓(カナ)	名(カナ)	続柄	<input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 同居	年間収入見込額 円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年額 (負担有の場合) 円	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健保(共済) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療
姓(漢字)	名(漢字)						
姓(カナ)	名(カナ)	続柄	<input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 同居	年間収入見込額 円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年額 (負担有の場合) 円	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健保(共済) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療
姓(漢字)	名(漢字)						

(注) 扶養親族Bにあなた以外の扶養義務者がいるときは、当該扶養義務者の全員について上記欄に記入してください。
※他の扶養義務者の例
1) 父(母)を扶養する場合、父(母)の配偶者及び子
2) 兄弟(姉妹)を扶養する場合、兄弟(姉妹)の父母及び兄弟(姉妹)
3) 孫を扶養する場合、孫の父母