

事務局長	次長	参事	主幹	係長	主査	係	合議	決定年月日

扶養家族報告書

フリガナ 認定を受けた者 又は 取り消した者の氏名	性別	続柄	生年月日	区分	認定日 又は 取消日
	男・女		年 月 日	認定 取消	令和 年 月 日
	男・女		年 月 日	認定 取消	令和 年 月 日
	男・女		年 月 日	認定 取消	令和 年 月 日
	男・女		年 月 日	認定 取消	令和 年 月 日
	男・女		年 月 日	認定 取消	令和 年 月 日

上記のとおり扶養家族の認定・取消を報告します。

令和 年 月 日

一般財団法人滋賀県市町村職員互助会理事長 様

所属所名	
会員番号	
会員氏名	(印)

上記の報告は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

所属所長

備考 この申請書には、扶養家族の認定又は取消しを受けた書類を添付してください。
 (注) 氏名欄は、報告者本人の署名(本人の自書)による場合は、押印不要です。ただし、代筆又は印刷の場合は押印(認め印可)してください。