被扶養者 認定 取消 申請書

下記のとおり申請します。
令和　年　月　日

日本私立学校振興・共済事業団理事長　殿

下記の申請は事実と相違ないものと認めます。
令和　年　月　日

学校法人等所在地	郵便番号〔　－　〕	代表者証明印欄
学校法人等名		印
代表者名		
事務連絡先電話番号（必ず記入してください）	市外局番　局番　番　号 （　）	担当者氏名

	加入者等記号・番号					加入者氏名		印	生年月日	資格取得年月日	加入者の年間所得推計額
	県コード	学種	学校番号	個人番号	枝番	フリガナ			3昭 4平 5令 年 月 日	3昭 4平 5令 年 月 日	円
						漢字					

	認定(取消)を受けようとする者の氏名(氏と名の間に△を入れてください)	生年月日	続柄 名称	続柄 ※コード	性別	職業	年間所得推計額	扶養手当 有無	扶養手当 月額	被扶養者の要件を備え又は欠くに至った理由及び年月日 理由	年月日	※認定・取消年月日
配偶者	フリガナ											
	漢字	3昭 4平 5令 年 月 日			1.男 2.女		円	1.有 2.無	円		4平 5令 年 月 日	4平 5令 年 月 日

	世帯別	郵便番号	フリガナ	基礎年金番号
住所	1.同一住所 2.別住所	－　－	漢字	1.有 2.無 －
	町名・字名以下を記入してください。	フリガナ		マイナンバー
		漢字		1.有 2.無

	認定(取消)を受けようとする者の氏名(氏と名の間に△を入れてください)	生年月日	続柄 名称	続柄 ※コード	性別	職業	年間所得推計額	扶養手当 有無	扶養手当 月額	被扶養者の要件を備え又は欠くに至った理由及び年月日 理由	年月日	※認定・取消年月日
子・父母等その他家族	フリガナ											
	漢字	3昭 4平 5令 年 月 日			1.男 2.女		円	1.有 2.無	円		4平 5令 年 月 日	4平 5令 年 月 日

	世帯別	郵便番号	マイナンバー
住所	1.同一住所 2.別住所	郵便番号（　－　）	1.有 2.無

	認定(取消)を受けようとする者の氏名(氏と名の間に△を入れてください)	生年月日	続柄 名称	続柄 ※コード	性別	職業	年間所得推計額	扶養手当 有無	扶養手当 月額	被扶養者の要件を備え又は欠くに至った理由及び年月日 理由	年月日	※認定・取消年月日
子・父母等その他家族	フリガナ											
	漢字	3昭 4平 5令 年 月 日			1.男 2.女		円	1.有 2.無	円		4平 5令 年 月 日	4平 5令 年 月 日

	世帯別	郵便番号	マイナンバー
住所	1.同一住所 2.別住所	郵便番号（　－　）	1.有 2.無