

死亡退職者の扶養状況確認書

年 月 日

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会会長 宛

施設・団体名

施設・団体長

(印)

故 氏 の死亡当時（ 年 月 日）、次の項目に該当する者は下記のとおりです。

(該当する事項の□のいずれかに☑)

区 分	氏 名	続 柄	医療保険 の扶養	所得税の扶養 控除対象
(1) 配偶者（事実婚を含む） □ いる □ いない				
(2) 子・父母・孫・祖父母または兄弟姉妹で 死亡退職者の収入によって生計を維持 していた者 □ いる □ いない			□有 □無	□有 □無
			□有 □無	□有 □無
			□有 □無	□有 □無
			□有 □無	□有 □無
			□有 □無	□有 □無
(3) 上記以外で、死亡退職者の収入に よって生計を維持していた者 □ いる □ いない			□有 □無	□有 □無
			□有 □無	□有 □無
			□有 □無	□有 □無
			□有 □無	□有 □無
(4) 死亡退職者と生計維持の関係に無い 子・父母・孫・祖父母または兄弟姉妹 □ いる □ いない □ 不明			□有 □無	□有 □無
			□有 □無	□有 □無
			□有 □無	□有 □無
			□有 □無	□有 □無

※ (1)から順番に記載し、今回の申請者が該当する欄まで漏れなく記入してください。
 ※ この用紙に記載のない人が申請することはできません。