

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
生計維持 関係あり	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
	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
生計維持 関係なし	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

- 【注意事項】
- 1 配偶者（事実上の婚姻関係であったものを含む）がいない時に記入してください。
- 2 上から順番に、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。
- 3 この用紙に記入のない人が申請することはできません。