

給与収入の申立書

所属所名 _____
組合員等記号番号 公立石川 _____
組合員氏名 _____

(続柄) _____ (被扶養者氏名(注1)) _____ は、現在、恒常的に得る(得ている)収入は給与収入のみであり、諸手当及び賞与を含んだ年間収入額は基準額(注2)未満です。

労働契約の更新が行われた場合や労働条件に変更があった場合、給与収入以外の収入が発生した場合には、その都度内容が確認できる書類の提出をします。

なお、年間収入額が社会通念上妥当である範囲に留まらない範囲で超過をした場合には、速やかに共済組合へ被扶養者取消の申告をします。

公立学校共済組合石川支部長 様

令和 年 月 日

(被扶養者氏名(注1)) _____ (印)

(自署の場合押印不要)

(注1) 認定を受けようとする者も含みます。

(注2) 各年齢の基準額は以下のとおりです。

	日額	月額	年額
19歳未満 18歳の誕生日を迎える年まで ※1	3,612円	108,334円	130万円
19歳以上23歳未満 ※2 19歳の誕生日を迎える年から 22歳の誕生日を迎える年まで ※1	4,167円	125,000円	150万円
23歳以上60歳未満 23歳の誕生日を迎える年から ※1 60歳の誕生日の前日まで	3,612円	108,334円	130万円
60歳以上 又は 障害年金受給者	5,000円	150,000円	180万円

※1 その年の12月31日時点の年齢で判断します。年度ではありません。

※2 配偶者は除きます。