

(様式第 8 号の 1)

所 属 所 名	組 合 員 氏 名
所属所コード	組 合 員 番 号

扶 養 手 当 証 明 書

下記の職員に係る被扶養者について、当該市区町村の給与等に関する条例等に基づく扶養手当については、下記のとおりであることを証明します。

記

1. 職員

所属所

氏 名

2. 上記の職員に係る扶養手当該当者

	氏 名	性別	続柄	生年月日	認定・取消	事実発生日
1					認定・取消	
2					認定・取消	
3					認定・取消	
4					認定・取消	
5					認定・取消	
6					認定・取消	

※共済組合の被扶養者にかかる手続で必要となる者についてのみ記載し、認定・取消のいずれかを○で囲み、事実発生日を記入してください。

公立学校共済組合埼玉支部長 様

令和 年 月 日

市区町村名

証明権者

職名・氏名

印

(市区町村長、教育長、担当課長、所属長等)