

扶 養 届

年 月 日

（宛先）秋田市福祉事務所長

住 所

氏 名

電話番号

私の（続柄）_____にあたる（氏名）_____に対する扶養（援助）について、次のとおり回答します。

（記入上のお願い）該当するものを○で囲み、必要事項を記入してください。

1 経済的援助内容

(1) 次のとおり援助します。

援助の開始時期	年 月から
援助の方法、程度	ア 毎月・毎年 _____ 円援助する。
	イ ボーナス時 _____ 月、 _____ 月に _____ 円援助する。
	ウ 入院中の日用品費（小遣い等）を援助する。
	エ 物品により毎月・毎年 _____ を _____ 程度援助する。
	オ 氏名 _____ を引きとる。
	カ 子供の養育料を支払う。月額 _____ 円
キ その他 _____	

(2) 経済的な援助はできません。

理由 _____

2 精神的な支援について

※ 精神的な支援…対象者に対する定期的な訪問、電話、手紙のやり取り、一時的な子供の預かりなど金銭的な援助以外の対象者への関わりをいいます。

精神的な支援の可否	可 ・ 不可
支援の開始時期	年 月から（又は既に行っている）
具体的な支援の内容および頻度	緊急連絡先（電話番号 _____ ）

3 私の世帯について

(1) 家族構成等

氏名	続柄	生年月日	職業又は勤務先	平均月収額(円)
	本人			
(該当者がいる場合のみ記入) 上記のうち(氏名) について				
①税法上の扶養控除を受けている者の氏名			氏名	
②会社等から家族手当を受けている者の氏名および月額			氏名	
			月額	円

※ 平均月収額は総収入から所得税、社会保険料、事業経費等を差し引いた額を記入してください。

※ 収入の状況については、源泉徴収票、給与明細書などの書類を添付してください。

(2) 負債等の状況

有・無	負債の内容	返済月額	返済の終了予定日
	住宅ローン	円	
	その他()	円	

※ 負債の状況については、ローン返済予定表の写しなどの書類を添付してください。

(3) 家屋等の状況

家屋	自家・借家	宅地	所有・借地
その他	田畑、山林、原野等		m ²

4 健康保険の加入について

あなたが健康保険(被用者医療保険)に加入している場合、その被扶養者として認定を受けることができますか。

- (1) 認定されている (2) 認定を受けられない (3) 認定手続きをとるつもり

5 援助や福祉事務所に対する意見、要望等について、あなたのお気持ちをお聞かせください。

.....

.....

.....

ケースNo.		新規担当者	
地区番号		地区担当者	

様式第22号(第4条関係)