

様式 9

申請書 1－3 において、⑤を選択した場合のみ記載してください。
用紙が不足する場合はコピーしてご使用ください。

令和 年 月 日

扶 養 誓 約 書

茨城県立〇〇高等学校長 殿

扶養者住所：

扶養者氏名：

以下の事項を必ず確認の上、□にレ印及び必要事項を記入してください。

☐ この誓約書の記載内容は、事実に相違ありません。

私と下記の者は、健康保険法等における扶養者と被扶養者の関係と同等の関係にあることを誓約します。

対象生徒氏名 (被扶養者氏名)	
被扶養者生年月日・年齢	(歳)
被扶養者との続柄(注)	

対象生徒氏名 (被扶養者氏名)	
被扶養者生年月日・年齢	(歳)
被扶養者との続柄(注)	

(注) 扶養者から見た被扶養者との続柄を記載してください。