様式１－４

令和　　年　　月　　日

扶　養　誓　約　書

大分県知事　佐藤　樹一郎　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。

①被扶養者氏名	
①生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
①扶養者と被扶養者との関係 （該当するものに○）	父　・母・その他（　　）

②被扶養者氏名	
②生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
②扶養者と被扶養者との関係 （該当するものに○）	父　・母・その他（　　）

③被扶養者氏名	
③生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
③扶養者と被扶養者との関係 （該当するものに○）	父　・母・その他（　　）

注※令和６年７月１日現在、保護者等が扶養している１５歳以上２３歳未満（中学生を除く）の兄弟姉妹がいる場合は、記入してください。

※申請する生徒本人の記載は不要です。