**（青森県市町村職員共済組合提出用）**

**一時的な収入変動に係る事業主の証明書**

　当事業所において雇用されている下記被扶養者※１については、雇用契約等により本来　想定される年間収入が被扶養者の収入要件である130万円未満※２です。

この事業主記載欄に記載された期間に係る収入増については、人手不足による労働時間延長等に伴う一時的なものであることを証明します。

※１　新たに被扶養者としての認定を受けようとする者を含みます。

※２　60歳以上の者又は概ね厚生年金保険法による障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害者については、180万円未満となります。

**【組合員・被扶養者記載欄】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出年月日※３ | | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 組合員 | 組合員等記号・番号 |  |
| （フリガナ）  氏　　　名 |  |
| 被扶養者 | （フリガナ）  氏　　　名 |  |

※３　所属所の担当者に提出する際に記載してください。

**【被扶養者を雇う事業主の記載欄】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所所在地 | 〒 　－ | |
| 事業所名称 |  | |
| 代表者氏名 |  | |
| 電話番号 |  | |
| 雇用契約等により本来想定される年間収入 | | 円 |
| 人手不足による労働時間延長等が行われた期間 | | 令和　　　年　　　月　から  令和　　　年　　　月　まで |
| 雇用契約及び給与収入額に関する証明 | | 裏面のとおり |

※４　本証明書は、被扶養者認定及び被扶養者の資格調査において対象者の収入を確認する際の添付書類として、組合員の所属所から当共済組合に提出する書類となります。

※５　裏面を必ずご記入ください。

給与支払等証明書（収入特例）

１　認定・２　資格調査　の該当する方に〇をしてください

　青森県市町村職員共済組合の被扶養者の資格申請（認定・資格調査）において、給与等の収入を把握する必要があります。

下記事項について、人手不足による労働時間延長等に伴い増加した収入額のみを収入特例該当額欄にご証明願います。（別添の給与支払等証明書の総支給額から、記載された金額を除いて、収入計算をします。）

なお、下部に参考として、一時的な収入として認められないケースを記載しています。

勤務状況及び賃金支払状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給月 | | 日数 | 収入特例  該当額 | 支給月 | | 日数 | 収入特例  該当額 | 支給月 | | 日数 | 収入特例  該当額 |
|  |
| 年 | 月 | 日 | 円 | 年 | 月 | 日 | 円 | 年 | 月 | 日 | 円 |  |
|  |
| 年 | 月 | 日 | 円 | 年 | 月 | 日 | 円 | 年 | 月 | 日 | 円 |  |
|  |
| 年 | 月 | 日 | 円 | 年 | 月 | 日 | 円 | 年 | 月 | 日 | 円 |  |
|  |
| 年 | 月 | 日 | 円 | 年 | 月 | 日 | 円 | 年 | 月 | 日 | 円 |  |
|  |
| 年 | 月 | 日 | 円 | 年 | 月 | 日 | 円 | 年 | 月 | 日 | 円 |  |
|  |
| 年 | 月 | 日 | 円 | 年 | 月 | 日 | 円 | 年 | 月 | 日 | 円 |  |
|  |
| 賞与　　月 | | 支給対象  　年　月～年 月 | 円 | 賞与　　月 | | 支給対象  　年　月～年 月 | 円 | 賞与　　月 | | 支給対象  　年　月～年 月 | 円 |  |
|  |

別添の給与支払等証明書と同じ期間内の該当月に記入してください。

参考　一時的な収入として認められないケース

・雇用契約の変更により、基本給増加又は恒常的な手当が新設されたケース

・雇用契約の変更により、勤務時間や勤務日が増加したケース

・歩合制や出来高払制による賃金を受けている者の収入が増加したケース

・自らの都合や希望により労働時間を延長したことにより収入が増加したケース