

様式第10号(第8条関係)(用紙 日本産業規格A4縦型)

市町名		受付 年月日		送付 年月日	
-----	--	-----------	--	-----------	--

年金給付請求書

年 月 日

静岡県知事 川勝 平太 様

(心身障害者又
は年金管理者)
氏名

次のとおり、静岡県心身障害者扶養共済制度の年金の給付を請求します。

加入番号			口数追加の有無	有 ・ 無	
請求の事由	1 加入者の死亡		2 加入者の重度障害		
請求事由の発生年月日	年 月 日		死亡又は重度障害の原因となった傷病名		
加入者	ふりがな	男		生年月日	年 月 日
	氏名	女			
	心身障害者との続柄				
心身障害者	ふりがな	男		生年月日	年 月 日
	氏名	女			
	住所				
	障害の種類	1 知的障害者 2 身体障害者 3 その他	障害の程度		
年金管理者	ふりがな	男		生年月日	年 月 日
	氏名	女			
	住所				
	心身障害者との続柄				
振込先	金融機関名	支店名	預金の種類	口座番号	口座名義人
			1 普通預金 2 当座預金		

添付書類

- 1 加入者の死亡により請求する場合
 - (1) 加入証書又は口数追加証書
 - (2) 加入者の死亡診断書若しくは死体検案書又はこれらに代わるべき書類。ただし、当該加入者の死亡が加入した日(口数追加者である場合は、口数追加の日)から2年以内のものであるときは、別に定める死亡証明書又は死体検案書
 - (3) 加入者の消除された住民票の写し
 - (4) 心身障害者(年金管理者が指定されている場合にあつては、心身障害者及び年金管理者)の住民票の写し
 - (5) その他知事が必要と認める書類
- 2 加入者の重度障害により請求する場合
 - (1) 加入証書又は口数追加証書
 - (2) 別に定める重度障害診断書
 - (3) 加入者及び心身障害者(年金管理者が指定されている場合にあつては、加入者、心身障害者及び年金管理者)の住民票の写し
 - (4) その他知事が必要と認める書類