

年金給付請求書

加入番号	第	号	口数追加の有無	有	無
心身障害者	氏名		男女	生年月日	年 月 日
	住所				
	障害の種類	1 知的障害 2 身体障害 3 その他		障害の程度	
年金管理者	氏名		男女	生年月日	年 月 日
	住所				
	心身障害者との続柄				
加入者	氏名		男女	生年月日	年 月 日
	心身障害者との続柄				
	死亡し、又は重度障害となった年月日			年 月 日	
	死亡し、又は重度障害の原因となった傷病名				
支払方法	1 隔地払 (郵便局) 2 口座振替 (金融機関名) _____ (支店名) _____ (口座種別) _____ (口座番号) _____ (口座名義人) _____ ※口座名義人はカタカナ書きとすること。				
上記のとおり、年金の給付を請求します。 年 月 日 (心身障害者又 は年金管理者) 氏名 福島県知事 様					

添付書類

1 加入者の死亡により請求する場合

- (1) 福島県心身障害者扶養共済制度加入証書又は福島県心身障害者扶養共済制度口数追加証書
- (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 (口数追加をした場合にあつては、その口数追加の日) から 2 年以内のものであるときは、所定の死亡証明書又は死体検案書
- (3) 加入者の住民票の写し (ただし、加入者の氏名と住民票に記載された氏名が異なる場合は、除籍の抄本)
- (4) 心身障害者及び年金管理者 (年金管理者が指定されている場合に限る。) の住民票の写し (ただし、心身障害者又は年金管理者の氏名と住民票に記載された氏名が異なる場合は、その者の戸籍の抄本)
- (5) その他知事が必要と認めた書類

2 加入者の重度障害により請求する場合

- (1) 1の(1)に掲げる証書
- (2) 障害診断書
- (3) 加入者の住民票の写し (ただし、加入者の氏名と住民票に記載された氏名が異なる場合は、戸籍の抄本)
- (4) 1の(4)及び(5)に掲げる書類