

加入等申込書

年 月 日

茨城県知事 殿

(申込者)

氏 名

印

(自署又は記名押印してください。)

茨城県心身障害者扶養共済条例に基づき、茨城県心身障害者扶養共済制度に 加 入 したいので、関係書類を添えて申し込みます。
における口数追加を

Table with 5 columns: 加入等申込者, (ふりがな)氏名, 性別, 生年月日, 明大昭平. Includes rows for 住所, 心身障害者との続柄, and 口数追加.

Table with 4 columns: 従前の地方公共団体名, 加入番号, 加入年月日(口数追加), 他制度からの転入者の記載欄.

添付書類

- 1 加入等申込者及びその扶養する心身障害者の住民票の写し
2 申込者(被保険者)告知書
3 心身障害者の障害の種類, 及び程度を証明する書類
4 年金管理者指定届書及び年金管理者の住民票の写し

(注) 口数追加のみの申込みの場合には, 2の書類だけを添付してください。
年金管理者を指定しない場合は, 4の書類は必要ありません。

Table with 2 columns: 確認欄, 印. Contains text: 「重要事項のご説明」の内容を確認し, 受領しました。また, この共済制度が加入目的に合致していることも確認しています。

※ 押印に代えて, 署名することができます。