

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

加入等申込者	(ふりがな) 氏 名	男	生年月日	明大昭平	年 月 日
	住所	女	心身障害者との続柄		
るが加 心扶入 身養等 障し申 害て込 者い者	(ふりがな) 氏 名	男	生年月日	明大昭平	年 月 日
口 数 追 加	する ・ しない				
現 在 共 済 制 度 に 加 入 の 有 無	有(加入番号) ・ 無				

	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			年 月 日(年 月 日)
			年 月 日(年 月 日)

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。

確認欄	
「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。	印

※ 押印に代えて, 署名することができます。