

年金給付請求書

加入番号		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 知的障害者 2 身体障害者 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		
死亡(加入者・害重者)	氏名	男 女	生年月日 年 月 日
	心身障害者との続柄		
死亡し,又は重度障害の状態となった年月日		年 月 日 死亡・重度障害	
死亡又は重度障害の原因となった傷病名			
<p style="text-align: center;">上記のとおり,年金の給付を請求します。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">年 月 日</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">〔心身障害者又は年金管理者〕 氏名 Ⓜ</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">茨城県知事 殿</p>			

(裏面)

添付書類

1 加入者の死亡により請求する場合

- (1) 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(口数追加加入者である場合には、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(様式第8号)
- (2) 加入者が削除された住民票の写し(加入者の氏名が知事に届け出ている氏名と異なる場合は、除籍の抄本)
- (3) 心身障害者及び年金管理者の住民票の写し(心身障害者及び年金管理者の氏名が知事に届け出ている氏名と異なる場合は、戸籍の抄本)
- (4) 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) 障害診断書(様式第9号)
- (2) 加入者住民票の写し(加入者の氏名が知事に届け出ている氏名と異なる場合は、戸籍の抄本)
- (3) 前掲(3)及び(4)に掲げる書類

(注) 記名押印に代えて署名することが出来ます。