

加入等申込書

年 月 日

福島県知事 様

(加入者等申込書)
氏 名

第5条第1項

福島県心身障害者扶養共済制度条例 の規定に基づき、福島県心身障害者扶養共済制度
第7条第1項

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

加入 等申 込者	(ふりがな) 氏 名	男 女	生年 月日	年 月 日	年齢 才
	住 所	(〒)		心身障害 者との 続柄	
(ふりがな) 心身障害者の氏名		生年月日		年 月 日	
口 数 追 加			する ・ しない		
現在心身障害者扶養共済制度に加入の有無			有 (加入番号) ・ 無		

本県に転入する直前まで、他の地方自治体の実施する心身障害者扶養共済制度に加入していた方は、下記の欄にも記入してください。(2つ以上ある場合は、すべて記入してください。)

	以前加入していた 地方公共団体名	加入番号	加入年月日 (口数追加年月日)
他制度からの転 入者の記載欄			年 月 日 (年 月 日)

添付書類 1 加入の申込みをする場合

- (1) 加入申込者及びその扶養する心身障害者の住民票の写、年金管理者の住民票の写
- (2) 申込者告知書 (原本に記入)
- (3) 障害証明書
- (4) 年金管理者指定届 (年金管理者を指定する場合に限る。)
- (5) 市町村民税課税証明書 (世帯全員分)
- (6) 保護開始決定通知書の写 (生活扶助受給世帯に限る。)

2 口数追加のみの申込みをする場合 申込者告知書

注 該当するものを○で囲んでください。