

| | |
|------|--|
| 加入番号 | |
|------|--|

年金給付申請書

| | | | |
|--|------------|--------------------------------|------------|
| 口数の追加の有無 | | 有 ・ 無 | |
| 障害者 (年金受給権者) | 氏名 | 男・ | 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・ | 生年月日 年 月 日 |
| | 住所 | 〒 — | |
| | 年金受給権者との続柄 | | |
| 死亡・重度障害者 (加入者) | 氏名 | 男・女 | 生年月日 年 月 日 |
| | 年金受給権者との続柄 | | |
| 死亡し、又は重度障害となった日 | | 年 月 日 死亡・重度障害 | |
| 死亡し又は重度障害の原因となった傷病名 | | | |
| 神戸市心身障害者扶養共済制度条例附則第6条の規定による年金の受給資格取得年月日 | | 年 月 日 | |
| <p>上記のとおり年金の給付を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者〔年金受給権者〕 氏名..... 〔年金管理者〕</p> <p>神戸市長 宛</p> | | | |