

様式第9号(第6条関係)

年金給付請求書

加入番号				口数追加の有無		有・無	
心身障がい者 (年金受給権者)	氏名	男女		生年月日	年 月 日		
	住所						
	障がいの種類	1 知的障害者 2 身体障害者 3 その他		障がいの程度			
年金管理者	氏名	男女		生年月日	年 月 日		
	住所						
	年金受給権者との続柄						
死亡・重度障がい者 (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、または重度障がいとなつた年月日				年 月 日死亡・重度障がい			
死亡または重度障がいの原因となつた傷病名							
上記のとおり、年金の給付を請求します。 年 月 日							
年金受給権者または年金管理者							
氏名							
福井県知事 様							

(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もしくは死体検案書また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(口数を追加した日)から2年以内のものであるときは、所定の死亡証明書(死体検案書)(様式第10号)
 - (2) 加入者の消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) 心身障がい者および年金管理者の住民票の写し(心身障がい者およ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 加入者の重度障がいにより請求する場合
 - (1) 障がい診断書(様式第11号)
 - (2) 加入者の住民票の写し(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) 前号(3)および(4)に掲げる書類