別記第6号(第8条関係)

障害補償変更請求書

|  |  |
| --- | --- |
| (実施機関の職氏名)　　　　　　　　　　　　　　　様　下記のとおり障害補償の変更を請求します。 | (請求年月日)　　　　　　　年　　月　　日 |
| 請求者の年金証書番号 | 　第　　　　　　　　　号　 |
| (住所) | 　　　　　　　　　　　　　 |
| (氏名) | 　　　　　　　　　　　　　 |
| 1　現在受けている障害年金の障害等級 | 第　　　　　　　級 |
| 2　現在受けている障害年金の支給が開始された年月 | 　　　　年　　　　月 |
| 3　障害の程度に変更があつた年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 4　障害の部位およびその程度 | (第　　　　　級) |
| 5　変更後の障害補償請求金額 | 年金 | 　(年金補償基礎額)　　(倍数)　　　　　　　　　円×　　　＝　　　　　　　　　　円 |
| 一時金 | 　(補償基礎額)　　　　(倍数)　　　　　　　　　円×　　　＝　　　　　　　　　　円 |
| 6　添付する書類その他の資料名 | 　 |
| ※　受理 | 　　年　　月　　日 | ※　決定 | 　　年　　月　　日変更　　不変更 |
| ※　支払 | 　　年　　月　　日 |
| ※　変更後の障害等級 | 第　　　　級　　　　号 | ※　決定金額 | 円 |