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 | |