様式第1号(第3条関係)

加入等申込書

年　　月　　日

　　　福井県知事　　　　様

（加入等申込者）

氏　　　　　名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 福井県心身障がい者扶養共済制度に関する条例第 | | | ５  ７ | 条第１項の規定により、福井県心身 |
| 障がい者扶養共済制度に | 加　　　　入  おける口数追加を |  |  |
| したいので、関係書類を添えて申し込みます。 | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 加  入  等  申  込  者 | （ふりがな）  氏　　名 | 男  女 | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　所 |  | | 心身  障がい者との  続柄 |  |
| 心  身  障  が  い  者  ※ | （ふりがな）  氏　　名 | 男  女 | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 口　数　追　加 | | | す　る　　　・　　　し　な　い | | |
| 現在共済制度に加入の有無 | | | 有(加入番号　　　　　　）　　・　　無 | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 従前の  地方公共団体名 | 加入番号 | 加入年月日(口数追加) |
| 他制度から  の転入者の  記載欄 |  |  | 年　　月　　日(　　年　　月　　日) |
|  |  | 年　　月　　日(　　年　　月　　日) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※　本共済制度においては、心身障がい者を事後的に  　変更できないものとします。  添付書類 | 確認欄 | |
| 「重要事項のご説明」の内容を確認  し、受領しました。  　　また、この共済制度が加入目的に合  致していることも確認しています。 |  |

　1　加入申込者およびその扶養する心身障がい者の住民票の写し。ただし、知事が住民基本台帳法第

　　３０条の１５第１項の規定により加入申込者およびその者の扶養する心身障がい者の本人確認情

　　報を利用できる場合は、住民票の写しの添付を要しない。

　2　申込者（被保険者）告知書

　3　障がいの種類および程度を証明する書類

　（注）口数追加のみの申込みの場合には、2の書類だけを添付してください。