

Ⅱ-2 障害共済年金決定請求書【2面】(B-1②) 記入例

◇ 請求者に該当する記入項目がない場合は提出は必要ありません。

【チェックボックス】
「障害共済年金」及び「決定」のチェックボックスに「✓」を記入してください。

【請求年月日】
請求日は受給権発生日(初診日から起算して1年6ヶ月後等)以後となります。

【加給年金額対象配偶者について】
障害等級が2級以上の請求者が配偶者を有する場合に、「配偶者の氏名」、「性別」、「生年月日」及び「基礎年金番号」を記入してください。

【加給年金額対象配偶者が受給(請求)中の公的年金について】
配偶者が受給権を有する年金(停止中の年金を含む)及び請求中の年金をすべて記入してください。
①「公的年金制度名」には厚生年金等の年金の制度名を記入してください。
②「年金種別」には、老齢・退職給付、障害給付、遺族給付の年金の名称を記入してください。
③「年金証書記号番号」には現在受給権を有する年金の年金証書記号番号を記入してください。また、請求中である場合は、「(請求中)」と記入してください。
④「受給権発生日」には年金証書等で確認のうえ、年金の権利が発生した年月日を記入してください。

【所属機関の長の証明】
請求者の所属していた所属機関の証明となります。
なお、所属していた所属機関が市町村合併等によりなくなっている場合には、その事務が引き継がれた所属機関の証明となります。
※【1面】と同様に所属機関の長の証明が必要となります。

障害共済年金 決定請求書
 障害年金 改定請求書

※太線の枠内に必要事項を記入してください。黄色欄には記入しないでください。

年金証書記号番号	86								
----------	----	--	--	--	--	--	--	--	--

下記のとおり請求します。
全国市町村職員共済組合連合会 理事長 様

フリガナ ^[201]	共済 太郎
氏名 ^[251]	共済 太郎 (印)
性別 ^[202]	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
生年月日 ^[203]	大正(昭和) XX 年 5 月 3 日
電話番号 ^[210]	(03) 1234 - 5678

平成 **XX**年 **8**月 **8**日

○加給年金額対象配偶者について

フリガナ ^[231]	キョウサイ ハナコ	性別	生年月日	基礎年金番号 ^[202]
氏名 ^[251]	共済 花子	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	昭和 XX 年 7 月 11 日	1 2 3 4 0 9 0 7 6 5
加給年金額対象配偶者を有するに至った年月日及びその事由	平成 年 月 日	1. 婚姻のため 2. 配偶者と生計維持関係が生じたため		

○加給年金額対象配偶者が受給(請求)中の公的年金について

受給中の年金 ^[221]	公的年金制度名	年金種別	年金証書記号番号	受給権発生日
停止または請求中の年金も記入してください	市町村共済 厚生年金	障害共済 老齢厚生	86XX-0000012347 (請求中)	昭(平) XX 年 1 月 11 日 平成 XX 年 7 月 6 日

○傷病の事由が、公務または通勤災害によるものである証明書

氏名	生年月日	大・昭 年 月 日	補償事由発生日	平成 年 月 日
障害補償の等級	療養補償・障害補償の金額	円	療養補償の期間	平成 年 月 日 ~ 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。
平成 年 月 日
災害補償の実施機関の長 職名 氏名 (印)

○改定事由等について


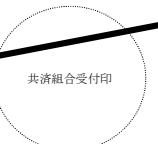
所属機関名	所属機関所在地	[501]
法第89条(昭和60年法改正附則第49条)による改定	改定事由	障害等級等
法第91条による改定	障害基礎年金証書番号	障害等級
公務上障害年金の被扶養者の異動	異動した被扶養者 続柄	異動年月日

上記の記載事項は、事実と相違ないことを証明します。
平成 **XX**年 **8**月 **10**日

所属機関の所在地 **東京都〇〇市××町1番地2**

所属機関の長の証明

所属機関名 〇〇市役所	市〇長 (印)
所属機関の長の職氏名 〇〇市長 年金 次郎	

【氏名】
①住民票記載のとおり記入してください。また、フリガナも記入してください。
②必ず押印してください。

【性別】・【生年月日】・【電話番号】
①該当する性別を○で囲んでください。
②生年月日を記入してください。
③電話番号を記入してください。

【災害補償の実施機関の長の証明】
傷病の事由が公務または通勤災害によるもの場合には必要となりますので、災害補償の実施機関の証明を受けてください。証明を受ける代わりに、原本証明された補償事由が発生した日及び補償金額を記載した当該保障の実施機関の長による証明書の添付でもかまいません。

【所属所受付印】
【1面】と同様に所属所受付印が必要となります。