

加入番号	
------	--

年金給付申請書

口数の追加の有無		有 ・ 無	
障害者 (年金受給権者)	氏名	男・女	生年月日
	住所	〒 ー	
	障害の種類	1. 知的障害者 2. 身体障害者 3. その他	障害の程度
年金管理者	氏名	男・女	生年月日
	住所	〒 ー	
	年金受給権者との続柄		
死亡・重度障害者 (加入者)	氏名	男・女	生年月日
	年金受給権者との続柄		
死亡し、又は重度障害となった日		年 月 日 死亡・重度障害	
死亡し又は重度障害の原因となった傷病名			
神戸市心身障害者扶養共済制度条例附則第6条の規定による年金の受給資格取得年月日		年 月 日	
<p>上記のとおり年金の給付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 〔 年金受給権者 〕 氏名..... 〔 年金管理者 〕</p> <p>神戸市長 宛</p>			

(注意) この申請書は、本人又はその代理人が記入するものです。