

# 掛金払込証明申請書

年 月 日

長崎県知事 様

申請者 住所

氏名 印

(電話番号 )

長崎県心身障害者扶養共済制度掛金払込証明書を亡失しましたので下記の年分の払込掛金額証明を申請します。

加入番号	加入者 氏名	障害者 氏名
加入 年月日	年 月 日	
支払いの 証明を申 請する年	年分	