

加入番号	
------	--

年金管理者指定届書

年 月 日

長崎県知事 様

(加入申込者等)

氏名 _____

住所 _____

長崎県心身障害者扶養共済制度条例第8条の規定により、次の者を年金管理者として指定したのでお届けします。

(年金管理者)

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

心身障害者との続柄(_____)

住所 _____ (_____) - _____

私は、長崎県心身障害者扶養共済制度条例第8条の規定する年金管理者となることに同意し、次の心身障害者の年金を管理し、よき理解者として誠意をもって保護、養育にあたることを誓約します。

また、下記の同条例第8条第3項の各号の規定のいずれの者にも該当しないことを誓約します。

記

- | |
|---|
| (1) 精神の機能の障害により年金の受領及び管理を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者。
(2) 破産手続開始の決定を受けて復権を得ない者。 |
|---|

年 月 日

年金管理者氏名 _____

心身障害者

氏名 _____

住所 _____ (_____) - _____