

加入等申込書

年 月 日

長崎県知事 様

(加入等申込者)
氏 名

長崎県心身障害者扶養共済制度条例に基づき、長崎県心身障害者扶養共済制度 ^に _{における}

加 入 したいので、関係書類を添えて申し込みます。
口 数 追 加 を

加入等申込者	氏 名	男 女	生年月日	年 月 日
	住 所 電話番号	()	心身障 害者と 続柄	
心身障害者の氏名	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 制度名	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、心身障害者を事後的に変更できないものとします。

添付書類

- 1 加入等申込者及びその扶養する心身障害者の住民票の写し
 - 2 申込者(被保険者)告知書
 - 3 障害の種類、程度を証明する書類
 - 4 年金管理者指定届書
- (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下さい。

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。	