様式第20号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 遺族補償年金支給停止申請書 | | | | | | 認定番号 | |  |
|  | 地方公務員災害補償基金長崎県支部長　殿  下記の所在不明者にかかる遺族補償年金の支給停止を申請します。 | | | 申請年月日　　　　　年　　月　　日 | | | | |
| 申　請　者　の  年金証書の番号　　　　　第　　　　　号  住　　　　所    　ふりがな  氏　　　　名  　　　　　　 年　　月　　日生（　歳）  所在不明者との続柄 | | | | |
| １  所  在  不  明  者 | 年金証書の番号　　　　　　　　　　　第　　　　　　　　　　　　　号  氏　　　　　名  最後の住所  所在不明となっ  た年月日　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  所在不明の事由 | | | | | | |
| ２  申  請  者  の  同  順  位  者 | 氏　名 | 住　　　　　所 | | 年金証書の番号 | | 所在不明者との続柄 | |
|  |  | | 第　　　号 | |  | |
|  |  | | 第　　　号 | |  | |
|  |  | | 第　　　号 | |  | |
|  |  | | 第　　　号 | |  | |
|  |  | | 第　　　号 | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ＊  　決定内容 | 年　　月分から停止 | ＊  　通　　知 | 年　　月　　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ＊ 受　理 (到達した年月日) | 所属部局 | 任命権者 | 基金支部 |
| 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |

〔注意事項〕

１　申請者は、＊印の欄には記入しないこと。

２　「申請者の年金証書の番号」の項には、申請者が所在不明者と同順位者である場合にのみ記入すること。

３　「１　所在不明者」の欄の年金証書の番号の項は、その番号が不明のときは記入する必要はないこと。

４　「２　申請者の同順位者」の欄には、所在不明者の同順位者があるときは、その同順位者について、同順位者がないときは、その次順位者である申請者の同順位者について記入し、後者の場合は、同欄中の「年金証書の番号」の項の記入は必要ないこと。

５　この申請書には、所在不明者の所在が１年以上明らかでないことを証明する書類を提出すること。

６　年月日の記載には元号を用いる。