様式第１号（第４条）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 加入番号 |  |

加　入　等　申　込　書

年　月　日

　福岡県知事　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（加入申込者）

氏　　　名　　　　　　　印

　福岡県心身障害者扶養共済制度条例第５条（第５条の３）の規定により、福岡

 に　　 加 　　 入

県心身障害者扶養共済制度　　　 　 　 　したいので、関係書類を添えて

 における口数追加を

申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | （ふりがな）氏　　名 |  男　　　　　　　　 　　女 | 生年月日 | 　　　　 年　　月　　日 |  |
|  | 住　　所 |  | 電話番号 |  | 心身障害者との続柄 |  |
|  （ふりがな）心身障害者の氏　　　　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 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 従前の地方公共団体名 | 加入番号 | 　　加 入 年 月 日（ 口 数 追 加 日 ） |  |
| 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） |

添付書類　１　加入申込者及びその扶養する心身障害者の住民票の写し

　　　　　２　申込者告知書

　　　　　３　心身障害者の障害証明書

　　　　　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。