

様式第8号（第6条）  
（表面）

年金給付請求書

|                                                   |                     |                                       |               |       |  |
|---------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------|---------------|-------|--|
| 加 入 番 号                                           |                     |                                       | 口数追加の有無       | 有 ・ 無 |  |
| 心<br>身<br>障<br>害<br>者<br><br>(年金受給権者)             | 氏 名                 | 男女                                    | 生 年 月 日       | 年 月 日 |  |
|                                                   | 住 所                 |                                       |               | 電話番号  |  |
|                                                   | 障 害 の 種 類           | 1 知 的 障 害 者<br>2 身 体 障 害 者<br>3 そ の 他 | 障 害 の 程 度     |       |  |
| 年<br>金<br>管<br>理<br>者                             | 氏 名                 | 男女                                    | 生 年 月 日       | 年 月 日 |  |
|                                                   | 住 所                 |                                       |               | 電話番号  |  |
|                                                   | 年 金 受 給 権 者 と の 続 柄 |                                       |               |       |  |
| 死<br>亡<br>・<br>重<br>度<br>障<br>害<br>者<br><br>(加入者) | 氏 名                 | 男女                                    | 生 年 月 日       | 年 月 日 |  |
|                                                   | 年 金 受 給 権 者 と の 続 柄 |                                       |               |       |  |
| 死亡し、又は重度障害となった年月日                                 |                     |                                       | 年 月 日・死亡・重度障害 |       |  |
| 死亡又は重度障害の原因となった傷病名                                |                     |                                       |               |       |  |
| 上記のとおり年金の給付を請求します。                                |                     |                                       |               |       |  |
| 年 月 日                                             |                     |                                       |               |       |  |
| 福岡県知事 殿                                           |                     |                                       |               |       |  |
| 年金受給権者又は<br>年 金 管 理 者 氏名                          |                     |                                       |               |       |  |

注 氏名欄は、記名押印に代えて署名をすることができます。

(裏面)

添付書類

1 加入者の死亡により請求する場合

- (1) 医師が発行する加入者の死亡診断書若しくは死体検案書又はこれらに代わるべき書類。ただし、当該加入者の死亡が加入した日（口数を追加した日）から2年以内のものであるときは、所定の死亡証明書（死体検案書）（様式第9号）によること。
- (2) 加入者の削除された住民票の写し（ただし、加入者の氏名が知事へ届け出ている氏名と異なる場合は除籍の抄本）
- (3) 心身障害者及び年金管理者の住民票の写し（ただし、心身障害者及び年金管理者の氏名が知事へ届け出ている氏名と異なる場合は戸籍の抄本）
- (4) その他知事が必要と求める書類

2 加入者の重度障害により請求する場合

- (1) 重度障害診断書（様式第10号）
- (2) 加入者の住民票の写し（ただし、加入者の氏名が知事へ届け出ている氏名と異なる場合は戸籍の抄本）
- (3) 1の(3)及び(4)に掲げる書類