

加入等申込書

年 月 日

福岡県知事 殿

加入（申込）者

氏 名

福岡県心身障がい者扶養共済制度条例第5条（第5条の3）の規定により、福岡県心身障がい者扶養共済制度に加入したいので、関係書類を添えて申し込みます。

加入等申込者	(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	
心身障害者※	(ふりがな) 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）		

※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) 1 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。
2 氏名欄は、記名押印に代えて署名をすることができます。