

加入番号	
------	--

加入等申込書

年 月 日

群馬県知事

あて

(加入申込者)

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

群馬県心身障害者扶養共済制度条例第5条の規定により、群馬県心身障害者扶養共済制度に  加入  したいので、関係書類を添えて申し込みます。  
 口数追加を

加入等申込者	住 所		心身障害者 との続柄	確認印	
	フリガナ 氏 名	男・女		生年月日	年 月 日
心身障害者 の氏名	フリガナ 氏 名	男・女	生年月日	年 月 日	印
口 数 の 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)
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 障害証明書
  - 4 年金管理者指定届書

注1 口数追加のみの申込の場合には、2の書類だけを添付してください。

2 記名押印に代えて署名することができます。

経由市町村		取扱者	
-------	--	-----	--