

加入等申込書

年 月 日

福島県知事 様

(加入者等申込書)
氏 名

福島県心身障害者扶養共済制度条例 第5条第1項 第7条第1項 の規定に基づき、福島県心身障害者扶養共済制度

に 加 入 をしたいので、関係書類を添えて申し込めます。
における口数追加

加入等申込者	(ふりがな) 氏 名	男 女	生年月日	年 月 日
	住 所	(〒)	心身障害者との続柄	
	心身障害者の (ふりがな) 氏 名	男 女	生年月日	年 月 日
口 数 追 加		する ・ しない		
現在心身障害者扶養共済制度に加入の有無		有 (加入番号) ・ 無		

本県に転入する直前まで、他の地方公共団体の実施する心身障害者扶養共済制度に加入していた方は、下記の欄にも記入してください。(2つ以上ある場合は、すべて記入してください。)

	以前加入していた 地方公共団体名	加入番号	加入年月日 (口数追加年月日)
他制度からの転入者の記載欄			年 月 日 (年 月 日)

添付書類 1 加入の申込みをする場合

- (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) 加入申込者の健康状態等に係る告知に関する書類で知事が指定するもの (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 (年金管理者を指定する場合に限る。)
- (5) 市町村民税課税証明書 (世帯全員分)
- (6) 保護開始決定通知書の写し (生活扶助受給世帯に限る。)

2 口数追加のみの申込みをする場合

1の(2)に掲げる書類

注 該当するものを○で囲んでください。