

加 入 等 申 込 書

年 月 日

大阪府知事 様

(加入等申込者)

氏 名 ㊟

大阪府障害者扶養共済制度条例 第5条第1項 の規定により、大阪府障害者
第6条第2項

扶養共済制度に加入等をしたいため、関係書類を添えて申し込みます。

| | | | | |
|------------------------|---------------|-------------------|------|-------|
| 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 | | | |
| 加入 等 申 込 者 | (フリガナ) 氏 名 | 男 女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| | (フリガナ) 住 所 | 障害者 と の 続 柄 | | |
| 障 害 者 の 氏 名 | (フリガナ) | 男 女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| | | | | |

| | | | |
|-------------------------|------------------------|------|------------------------|
| | 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) |

(注) この制度においては、加入の承認を受けた後に障害者の変更はできません。

添付書類

- 1 加入者等申込者及びその扶養する障害者の住民票の写し
- 2 申込者(被保険者)告知書
- 3 障害の種類及び程度を証明する書類
- 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あっては、
2の書類だけを添付してください。

| | |
|--|---|
| 確認印 | |
| 「重要事項のご説明」の 内容(個人情報の取扱い を含む。)を確認の上、 受領しました。また、こ の制度が加入目的に合 致していることも確認 しています。 | ㊟ |

(連絡先電話番号 _____)