

年金証書 番号	
------------	--

年金受給権者現況届書

年金受給権者	氏名	男女	生年月日	大昭平	年 月 日
	住所				
	年金管理者の有無	1 有 (1)父 (2)母 (3)祖父母 (4)兄弟姉妹 (5)その他の親族 (6)その他 ( ) 2 無			

大阪府障害者扶養共済制度条例第19条第4項の規定により、上記のとおりお届けします。

年 月 日

〔年金受給権者  
又は年金管理者〕

氏 名 印

大阪府知事 様

**添付書類 住民票の写し**

(障害者の氏名が知事に届け出ている氏名と異なる場合にあっては、  
戸籍の抄本、外国人の場合にあってはこれに代わるべき書類)

連絡先

※ 電話番号を必ず記入してください。