

加入番号	
年金証書 番号	

加入証書等交付申請書

年 月 日

大阪府知事 様

加入者、年金受給権者
（又は年金管理者）

氏 名 印

大阪府障害者扶養共済制度 加入者 亡失
口数追加 証書を しましたので再交付
年金 損傷
を申請します。

加入者	氏名	男 女	生年月日	年 月 日
	住所			障害者 との続柄
障害年金受給者	氏名	男 女	生年月日	年 月 日
	住所			
年金管理者	氏名	男 女	生年月日	年 月 日
	住所			障害者 との続柄
証書の交付を受けた年月日			年 月 日	