

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ので、関係書類を添えて申し込めます。

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つては、
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 _____)