

加入番号	
------	--

死 亡 ・ 障 害 届 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）

住 所
氏 名

印

加 入 者
障 害 者
年 月 日に年金管理者が死亡
身体に著しい障害を有する
年金受給権者

し た
こととなったので大阪府障害者扶養共済制度条例第19条第2項の規定に
第1項
第3項

より、お届けします。