

加入番号	
------	--

加入等申込書

年 月 日

群馬県知事

あて

(加入申込者)

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

群馬県心身障害者扶養共済制度条例第5条の規定により、群馬県心身障害者扶養共済制度に  加入  したいので、関係書類を添えて申し込みます。  
 口数追加を

加入等申込者	住所		心身障害者との続柄		確認印	
	フリガナ氏名	男・女	生年月日	年 月 日	「重要事項のご説明」の内容を確認し、受領しました。また、この共済制度が加入目的に合致していることも確認しています。	印
心身障害者の氏名	フリガナ氏名	男・女	生年月日	年 月 日	年 月 日	
口数の追加		する ・ しない				
現在・共済制度に加入の有無		有(加入番号 _____)・無				

	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)

本共済制度においては、心身障害者を事後的に変更できないものとします。

- 〔添付書類〕
- 1 加入等申込者及びその扶養する心身障害者の住民票の写し
  - 2 申込者(被保険者)告知書
  - 3 障害証明書
  - 4 年金管理者指定届書

注1 口数追加のみの申込の場合には、2の書類だけを添付してください。

2 記名押印に代えて署名することができます。

経由市町村		取扱者	
-------	--	-----	--