

年 金 支 給 請 求 書

加 入 番 号		口数追加の有無		有 ・ 無
心 身 障 害 者 〔 年 金 受 給 権 者 〕	氏 名	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
	住 所			
	障害の 種 類	1. 知的障害者 2. 身体障害者 3. その他	障 害 の 程 度	
年 金 管 理 者	氏 名	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
	住 所			
	年 金 受 給 権 者 と の 続 柄			
死重加 亡度入 ・障者 害	氏 名	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
	年 金 受 給 権 者 と の 続 柄			
死亡し又は重度障害となった年月日日			年 月 日死亡・重度障害	
死亡又は重度障害となった傷病名				
上記のとおり年金の給付を請求します。 年 月 日 年金受給権者又は 年金管理者氏名 宮城県知事 殿 印				

（ 添 付 書 類 ）

1 加入者の死亡により請求する場合

加入者の死亡診断書若しくは死体検案書又はこれら代わるべき書類。ただし、当該加入者の死亡が加入した日（口数追加をした日）から2年以内のものであるときは、所定の死亡証明書又は死体検案書（いずれも原本以外は無効）  
 加入者の住民票の写し〔除票〕（ただし、加入者の氏名が知事へ届け出ている氏名と異なる場合は除籍の抄本）  
 心身障害及び年金管理者の住民票の写し（ただし、障害者及び年金管理者の氏名が知事へ届け出ている氏名と異なる場合は除籍の抄本）

心身障害者扶養共済制度口座振込依頼書

その他知事が必要と認める書類

2 加入者の重度障害により請求する場合

障害診断書（指定様式）

加入者の戸籍の抄本

前号 ， 及び に掲げる書類