

加入等申込書

年 月 日

宮城県知事 殿

（加入申込者）

氏 名

心身障害者扶養共済条例に基づき、心身障害者扶養共済制度 に 加 入 したいので、  
における口数追加を

関係書類を添えて申し込みます。

加入等申込者	ふりがな 氏 名	男 女	生年月日	年 月 日
	住 所 電 話	〒	TEL ( )	心身障害者 との続柄
障害者の	ふりがな 氏 名	男 女	生年月日	年 月 日
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		

	従前の地方 公共団体	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)

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 障害の種類及び程度を証明する書類
  - 4 年金管理者指定届書
  - 5 障害状況告知書
- (注) 口数追加のみの申込みの場合には、2の書類だけを添付して下さい。

確認欄	
「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。	