

市町名		受付 年月日		送付 年月日	
-----	--	-----------	--	-----------	--

加 入 等 申 込 書

年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

(加入等の申込者)

氏 名

静岡県心身障害者扶養共済制度条例に基づき、静岡県心身障害者扶養共済制度に
加 入 をしたいので、関係書類を添えて申し込みます。
おける口数追加

加入等の申込者	ふりがな 氏 名	男 女	生 年 月 日	年 月 日
	住 所		心身障害者 との続柄	
心身障害者※	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 公共団体名	加 入 番 号	加入年月日(口数追加年月日)
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)

※この共済制度においては、心身障害者を事後的に変更できません。

添付書類

- 1 加入の申込者が扶養する心身障害者の住所が他の都道府県にある場合等は、心身障害者の住民票の写し
- 2 申込者(被保険者)告知書
- 3 心身障害者の障害の種類及び程度を証明する書類

(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ください。

確 認 欄	「心身障害者扶養共済制度(重要事項のご説明)」の内容を確認し、当該書類を受領しました。 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ました。 (加入等の申込者) 氏 名
-------------	--