

障害共済年金 改定請求書  
 障害年金

※太線の枠内に必要事項を記入してください。      欄には記入しないでください。

基礎年金番号（10桁）で届出する場合は  
左詰めでご記入ください。

年金証書 記号番号	8																			
--------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

個人番号または 基礎年金番号																				
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

下記のとおり請求します。 全市町村職員共済組合連合会理事長 様  令和 年 月 日	フリガナ <sup>[201]</sup>																			
	氏名 <sup>[251]</sup>																			
	性別 <sup>[202]</sup>	男・女	生年月日 <sup>[203]</sup>	大・昭・平 年 月 日																
	電話番号 <sup>[210]</sup>	( ) -																		

基礎年金番号（10桁）で届出する場合は  
左詰めでご記入ください。

○加給年金額対象者について

配偶者	フリガナ <sup>[231]</sup>		性別	生年月日	個人番号または基礎年金番号 <sup>[262]</sup>															
	氏名 <sup>[253]</sup>		男・女	昭和 平成 年 月 日																
加給年金額対象配偶者を有するに至った年月日及びその事由		平・令 年 月 日		1. 婚姻のため 2. 配偶者と生計維持関係が生じたため																

○加給年金額対象配偶者が受給（請求）中の公的年金について

受給中の年金 <sup>[224]</sup> （停止または請求中の年金も記入してください）	公的年金制度名	年金種別	年金証書記号番号	受給権発生年月日	選択
				年 月 日	

○改定事由等について

所属機関名	所属機関所在地																		
法第89条（昭和60年法改正附則第49条）による改定	改定事由			障害等級等 <sup>[504]</sup>	異動年月			等級											
法第91条による改定	障害基礎年金証書番号			障害等級	障害基礎年金請求日														
				級号	平・令 年 月 日														
公務上障害年金の被扶養者の異動	異動した被扶養者	続柄	生年月日	異動年月日	異動の事由														
			昭・平 年 月 日	平・令 年 月 日															

