

障害給付額改定請求書

障害給付を受ける原因となった障害の程度が変更したときの届
障害給付を受けられるようになった以後の疾病または負傷により障害の程度が変更したときの届

* 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。

個人番号（または基礎年金番号）																				
① 年金コード																				
② 生年 月 日		昭和・平成・令和																		
③ 障害給付を受ける原因となった疾病または負傷の傷病名																				
④ 障害給付を受ける権利が発生した年月日		昭和・平成・令和																		
⑤ ③以外の疾病または負傷の傷病名																				
⑥ ⑤の疾病または負傷の初診日		昭和・平成・令和																		
⑦ 障害給付を受ける権利が発生した以降に取得した年金手帳の基礎年金番号																				
⑧ 障害給付を受ける権利が発生した年月日以降の職歴																				
事業所名称等		事業所（国民年金加入時）所在地		加 入 期 間				加 入 制 度												
				・ ・ から				国民年金・厚生年金保険												
				・ ・ まで				共済組合等・厚生年金(船員)保険												
				・ ・ から				国民年金・厚生年金保険												
				・ ・ まで				共済組合等・厚生年金(船員)保険												
				・ ・ から				国民年金・厚生年金保険												
				・ ・ まで				共済組合等・厚生年金(船員)保険												

あなたは現在、当該障害基礎年金、障害厚生年金または障害共済年金以外に公的年金制度から年金を受けていますか。受けている方・請求中の方は、その制度の名称および年金証書の基礎年金番号・年金コード、恩給証書等の記号番号を記入してください。		ア 受けている ・ イ 受けていない ・ ウ 請求中																		
		名 称																		
		基礎年金番号 年金コード等																		
⑩ 上記の年金を受けている方は、その支給を受けることとなった年月日		昭和・平成・令和																		
⑪ 加算額・加給 年金額対象者 欄	氏 名	生年月日				個人番号				続柄・障害の有無										
		昭・平・令 年 月 日								配偶者・子（障害 有・無）										
		平・令 年 月 日								子（障害 有・無）										
		平・令 年 月 日								子（障害 有・無）										

⑫ 配偶者について記入してください。

現在、公的年金制度等から老齢・退職または障害の年金を受けていますか。	ア 老齢・退職の年金を受けている	イ 障害の年金を受けている	ウ いずれも受けていない																	
受けているときは、その公的年金制度等の名称および個人番号（または年金証書の基礎年金番号）・年金コード、恩給証書等の記号番号	名 称																			
	個人番号（または基礎年金番号）・年金コード等																			
その支給を受けることとなった年月日	昭和・平成・令和																			

生 計 維 持 申 立			
配偶者および子の氏名	生年月日	受給権者との続柄	障害の状態にありますか
	昭・平・令 年 月 日		ある ・ ない
	昭・平・令 年 月 日		ある ・ ない
	昭・平・令 年 月 日		ある ・ ない
上記の者は、現在生計を維持していることを申し立てる。 令和 年 月 日 受給権者氏名 ㊞			

令和 年 月 日 提出

郵便番号

--	--	--	--

 —

--	--	--	--	--	--

受 給 権 者 住 所

(フリガナ)

氏 名 ㊞

電話番号 () - () - ()

(裏面の「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。)



記入上の注意

1. ②の年号は、該当する文字を○で囲んでください。生年月日は、たとえば、昭和29年10月2日生まれの場合は、

昭和平成

291002

年

月

日

のように記入してください。

2. ⑨欄には自分自身の年金について記入してください。

上欄は、該当する文字（ア・イ・ウ）のいずれかを○で囲んでください。アまたはウに該当する方は、中欄および下欄にも記入してください。なお、「公的年金制度等」とは、次の制度です。

1. 国民年金	2. 厚生年金保険	3. 船員保険（旧法の年金のみ）	4. 国家公務員共済組合
5. 地方公務員等共済組合	6. 私立学校教職員共済	7. 旧農林漁業団体職員共済組合	

3. ⑫欄には、配偶者（夫または妻）のある方は配偶者の年金について記入してください。⑪欄に配偶者の個人番号を記入し、場合は、配偶者の個人番号（または基礎年金番号）の記入は不要です。
上欄は、該当する文字（ア、イ、ウ）のいずれかを○で囲んでください。アまたはイに該当する方は、中欄および下欄にも記入してください。なお、「公的年金制度等」とは、次の制度です。

1. 国民年金の障害年金および障害基礎年金	2. 厚生年金保険	3. 船員保険（旧法の年金のみ）
4. 国家公務員共済組合	5. 地方公務員等共済組合	6. 私立学校教職員共済
7. 農林漁業団体職員共済組合	8. 恩給	9. 地方公務員の退職年金に関する条例
10. 日本製鉄八幡共済組合	11. 執行官	12. 旧令による共済組合等
13. 戦傷病者戦没者遺族等援護		

4. 加算額または加給年金額の対象者である配偶者および子（18歳到達日以後の最初の3月31日までの間にある子または障害等級の1級または2級に該当する障害の状態にある20歳未満の子）がある方は、生計維持申立欄に引き続き生計を維持していることの申立てをしてください。
5. 受給権者が自ら署名する場合には、押印は不要です。
6. 黒インクのボールペンで記入してください。鉛筆や、摩擦に伴う温度変化等により消色するインクを用いたペンまたはボールペンは、使用しないでください。

この届書に添えなければならない書類

1. 受給権者の基礎年金番号を確認できる書類（年金証書のコピー等）

提出する日前3月以内に作成された次の書類（提出する日前3月以内の障害の状態が記入されたもの）

2. 医師または歯科医師の診断書（この診断書の用紙は、共済組合または年金事務所にあります。）
3. 下の表の病気やけがによって年金を受けている方は、レントゲンフィルム
4. 当該請求者が3級の障害厚生年金の受給権者であって、当該請求者に加算額の対象者のうち国民年金法および厚生年金保険法障害等級の1級または2級に該当する障害の状態にある子がいるとき（実施機関から診断書が不要である旨の通知を受けている方を除きます。）は、医師または歯科医師の診断書（この診断書の用紙は、共済組合または年金事務所にあります。）
5. 当該請求者が3級の障害厚生年金の受給権者であって上記4に該当する子が下の表の病気やけがによる場合はレントゲンフィルム

① 呼吸器系結核	② 肺化のう症	③ けい肺(これに類似するじん肺症を含む。)
④ その他認定または審査に際し必要と認められるもの		

提出する日前1月以内に作成された次の書類

6. 当該請求者が3級の障害厚生年金の受給権者であって、当該請求者に加算額または加給年金額の対象者があるときは、その対象者と受給権者との身分関係を明らかにすることのできる戸籍謄（抄）本（住民票でこれにかえることはできません。）
7. 当該請求者が3級の障害厚生年金の受給権者であって加算額または加給年金額の対象者があるときは、生計維持を証する書類（世帯全員の住民票および加給年金額対象者の所得証明書または非課税証明書）
（個人番号（マイナンバー）を記入したときは、添付を省略できる場合があります。）

この届書を提出する際に住所を変更している方は住所変更届を、受取機関を変更している方は受取機関変更届を、氏名を変更している方は氏名変更届を添えてください。