

様式第1号（第4条）

加入番号	
------	--

加入等申込書

年 月 日

福岡県知事 殿

(加入申込者)
氏 名 印

福岡県心身障害者扶養共済制度条例第5条（第5条の3）の規定により、福岡
に 加 入
県心身障害者扶養共済制度 したいので、関係書類を添えて
における口数追加を
申し込みます。

(ふりがな) 氏 名	男 女	生年月日	年 月 日
住 所		電話番号	心身障 害者と の続柄
(ふりがな) 心身障害者の 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）

- 添付書類 1 加入申込者及びその扶養する心身障害者の住民票の写し
2 申込者告知書
3 心身障害者の障害証明書
4 年金管理者指定届書
(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。