|  |  |
| --- | --- |
| 加入番号 |  |
| 年金証書番号 |  |

加入証書等再交付申請書

年　　月　　日

長野県知事　　　　　　　殿

　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

長野県心身障害者扶養共済制度　加入証書・口数追加証書・年金証書　を　亡失・損傷

しましたので、再交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 加入者 | 氏　　名 |  | 男 | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 女 |
| 住　　所 | 〒 | | | 心身障害者との続柄 |  |
| 年金受給権者  心身障害者 | 氏　　名 |  | 男 | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 女 |
| 住　　所 | 〒 | | | 心身障害者との続柄 |  |
| 年金管理者 | 氏　　名 |  | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 住　　所 | 〒 | | | 心身障害者との続柄 |  |
| 証書の交付を受けた年月 | | |  | | | |

（備考）不要の文字は消してください。