|  |  |
| --- | --- |
| 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。