

様式第1号（第3条関係）

加 入 申 込 書
口数の追加

令和 年 月 日

神戸市長 宛

(加入申込者)
氏 名

神戸市心身障害者扶養共済制度条例 第5条第1項 第5条の3第1項 の規定に基づき、神戸市心身障害者扶養

共済制度 に 加 入 をしたいので、関係書類を添えて申し込みます。
共済制度 における口数追加

加入等 申込者	(ふりがな) 氏名	男 女	生年月日	年 月 日
	住所	〒 ー		心身 障害者 との 続柄
心身 障害者※	(ふりがな) 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（口数の追加の年月日）
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）

※ 本共済制度においては、心身障害者を事後的に変更できないものとします。

添付書類

- 1 加入等申込者及びその扶養する障害者の住民票の写し
- 2 申込者（被保険者）告知書
- 3 障害の種類及び程度を証明する書類
- 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。

「重要事項のご説明」 の内容を確認し、受領 しました。 また、この共済制度 が加入目的に合致し ていることも確認し ています。	ご承認欄

記名押印又は署名