

様式第1号(第3条関係)

加入等申込書

年 月 日

福井県知事 様

(加入等申込者)
氏 名

福井県心身障がい者扶養共済制度に関する条例第 5 条第 1 項の規定により、福井県心身障がい者扶養共済制度に 加 入 したいので、関係書類を添えて申し込みます。
おける口数追加を

加入等申込者	(ふりがな) 氏 名	男 女	生年月日	年 月 日
	住 所		心身障がい者との続柄	
心身障がい者※	(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(口数追加)
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、心身障がい者を事後的に変更できないものとします。

確認欄	
「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していることも確認しています。	

添付書類

- 1 加入申込者およびその扶養する心身障がい者の住民票の写し。ただし、知事が住民基本台帳法第 30 条の 15 第 1 項の規定により加入申込者およびその者の扶養する心身障がい者の本人確認情報を利用できる場合は、住民票の写しの添付を要しない。
 - 2 申込者(被保険者)告知書
 - 3 障がいの種類および程度を証明する書類
- (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ください。