

公的年金未受給状況等申立書

令和 年 月 日

倉敷市長 宛

住 所

氏 名

下記のとおり、相違ありません。また、倉敷市が下記の事項について、調査を行なうことに同意します。

記

無年金となった理由	<input type="checkbox"/> 昭和57年の年金制度改正時に日本国籍を有していなかったため <input type="checkbox"/> その他〔 〕	
国 籍		
障がい原因の初診日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	
障がいを受けた部位	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 聴力 <input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> その他〔 〕	
障がいの原因等	<input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 疾病〔 〕 <input type="checkbox"/> その他〔 〕	
障がい者手帳の番号	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 () 第 号 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳	
手帳の交付を受けた時期	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
国民年金の加入状況	<input type="checkbox"/> 加入している（ 年 月～ ） <input type="checkbox"/> 加入していない 年金手帳記号番号〔 〕	
国民年金以外の加入状況	<input type="checkbox"/> 加入している（していた） <input type="checkbox"/> 加入していない 加入期間 年 月～ 年 月（ 年金） 年 月～ 年 月（ 年金）	
公的年金を請求の有無	<input type="checkbox"/> ある〔 年金〕 <input type="checkbox"/> ない	
ある人	請求した結果	<input type="checkbox"/> 却下 <input type="checkbox"/> 現在受給中 <input type="checkbox"/> 受給したが現在失権した <input type="checkbox"/> まだ結果が出ていない <input type="checkbox"/> 一時金として受給
	現在の受給額	年額 円（受給中の方のみ記入してください）
前年の所得額	円	
生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 年 月～ ）	

* 公的年金受給者は、現在の公的年金受給額がわかる書類を添付のうえ、提出してください。