

○千葉市心身障害者扶養共済条例施行規則

平成4年3月31日

規則第37号

改正 平成6年5月2日規則第34号

平成7年9月26日規則第61号

平成11年3月31日規則第35号

平成11年12月1日規則第62号

平成12年3月31日規則第17号

平成17年3月31日規則第25号

平成19年3月30日規則第38号

平成20年3月27日規則第23号

平成21年3月26日規則第9号

平成22年3月31日規則第19号

平成26年1月10日規則第2号

平成26年3月31日規則第44号

平成26年9月30日規則第71号

平成27年3月31日規則第25号

(趣旨)

第1条 この規則は、千葉市心身障害者扶養共済条例（平成3年千葉市条例第52号。以下「条例」という。）の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

(加入等の申込み)

第2条 条例第5条第1項の規定により加入を申し込もうとする者（以下「加入申込者」という。）は、加入等申込書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。

(1) 加入申込者及びその扶養する心身障害者の住民票の写し

(2) 申込者（被保険者）告知書（様式第2号）

(3) 障害証明書（心身障害者の障害の種類及び程度を証明する書類をいう。）（様式第3号）

(4) その他市長が必要と認める書類

2 条例第7条第1項の規定による口数の追加を申し込もうとする者は、加入等申込書に申込者（被保険者）告知書を添えて市長に提出しなければならない。

（平成7規則61・一部改正）

（承認通知書等の交付）

第3条 市長は、条例第5条第2項又は第7条第3項の規定により加入又は口数の追加（以下「加入等」という。）を承認したときは加入等承認通知書（様式第4号）を、加入等を承認しなかったときは加入等不承認通知書（様式第5号）を、当該加入等の申込みをした者に交付する。

（平成7規則61・一部改正）

（加入証書等の交付）

第4条 市長は、条例第5条第2項又は第7条第3項の規定により加入等の承認を受けた者が第1回の掛金を納付したときは、千葉市心身障害者扶養共済制度加入証書（様式第6号。以下「加入証書」という。）又は千葉市心身障害者扶養共済制度口数追加証書（様式第7号。以下「口数追加証書」という。）を当該加入者に交付する。

（平成7規則61・一部改正）

（掛金の納付）

第5条 条例第8条第1項又は第2項に規定する掛金は、毎月の末日（その日が市の休日（千葉市の休日を定める条例（平成元年千葉市条例第1号）第1条第1項に規定する市の休日をいう。以下この条において同じ。）に当たする場合にあっては、その直後の市の休日でない日）までに当該月分を市に納付

しなければならない。

(平成7規則61・平成20規則23・一部改正)

(掛金の減免)

第6条 市長は、条例第9条の規定により、加入者が次の各号のいずれかに該当するときは、加入者から減額又は免除の申請のあった日の属する月から当該各号に該当しなくなった日の前日の属する月まで、条例第8条第1項に規定する掛金について当該各号に定める割合の額を減額し、又は免除する。この場合において、その加入に係る心身障害者の扶養に要する経費を当該加入者と生計を一にする者が分担するとき、又は当該心身障害者に収入があるときは、その事情に応じて当該各号に定める割合を減ずるものとする。

(1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）第6条第1項に規定する被保護者又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）に規定する支援給付を受けている者であるとき 100分の100

(2) 市民税を課せられていないとき、又は免除されているとき 100分の70

(3) 市民税の所得割を課せられていないとき、又は免除されているとき 100分の30

(4) 非常災害により生活が著しく困難であり、掛金の全額を納付することが困難であると市長が認めるとき その事情に応じて市長が定める割合

(5) 前各号に掲げるもののほか、生活が著しく困難であり、掛金の全額を納付することが困難であると市長が認めるとき その事情に応じて市長が定める割合

2 加入者が、本市の区域内に住所を有しなくなったときは、その日の属する月の翌月から前項の規定は適用しない。

3 第1項の規定により掛金の減額又は免除を受けようとする加入者は、掛金

減免申請書（様式第 8 号）を市長に提出しなければならない。

- 4 市長は、前項の規定による掛金の減額又は免除を承認し、又は承認しなかったときは、掛金減免承認・不承認通知書（様式第 9 号）を当該加入者に交付する。

（平成 7 規則 6 1・平成 2 0 規則 2 3・平成 2 1 規則 9・平成 2 6 規則 7 1・一部改正）

（年金の支給の請求）

第 7 条 条例第 1 0 条の規定による千葉市心身障害者扶養年金（以下「年金」という。）の支給を請求しようとする者は、年金支給請求書（様式第 1 0 号）に次の各号に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。

（1）加入者の死亡により年金の支給を請求するときにあつては、死亡証明書（死体検案書）（様式第 1 1 号）及び当該加入者の住民票の写し（対象者の氏名が住民票に記載された氏名と異なるときは、戸籍の個人事項証明書、除かれた戸籍の個人事項証明書、戸籍の抄本又は除かれた戸籍の抄本とする。以下同じ。）

（2）加入者の重度障害により年金の支給を請求するときにあつては、障害診断書（様式第 1 2 号）及び当該加入者の住民票の写し

（3）心身障害者の住民票の写し

（4）年金管理者が指定されているときにあつては、当該年金管理者の住民票の写し

（5）その他市長が必要と認める書類

- 2 市長は、条例第 1 0 条の規定により年金を支給することに決定したときは年金支給決定通知書（様式第 1 3 号）及び千葉市心身障害者扶養共済制度年金証書（様式第 1 4 号。以下「年金証書」という。）を、年金を支給しないことを決定したときは年金（加算額）不支給決定通知書（様式第 1 5 号）を当該年金受給権者又は当該年金管理者に交付する。

(平成6規則34・平成7規則61・平成26規則2・一部改正)

(加入証書等の再交付)

第8条 加入証書若しくは口数追加証書又は年金証書を忘失し、滅失し、又は損傷したときは、加入者又は年金受給権者若しくは年金管理者は、加入証書等再交付申請書(様式第16号)を市長に提出してその再交付を受けなければならない。

(平成7規則61・一部改正)

(年金の支給の停止等)

第9条 市長は、条例第14条の規定により年金の支給を停止するときは、年金支給停止決定通知書(様式第17号)を当該年金受給権者又は当該年金管理者に交付する。

2 市長は、年金の支給の停止の事由が消滅したことを認めたときは、年金支給停止解除決定通知書(様式第18号)を当該年金受給権者又は当該年金管理者に交付するとともに、年金の支給を再開する。

(年金の支給の休止等)

第10条 市長は、条例第15条の規定により年金の支給を休止するときは、年金休止決定通知書(様式第19号)を当該年金受給権者又は当該年金管理者に交付する。

2 市長は、年金の支給の休止の事由が消滅したことを認めたときは、年金支給休止解除決定通知書(様式第20号)を当該年金受給権者又は当該年金管理者に交付するとともに、年金の支給を再開する。

(弔慰金の支給)

第11条 条例第16条第1項の規定による弔慰金の支給を請求しようとする者は、弔慰金支給請求書(様式第21号)に次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。

(1) 加入者の住民票の写し

(2) 心身障害者の住民票の写し

- 2 市長は、条例第16条第1項の規定による弔慰金を支給することを決定したときは弔慰金支給決定通知書（様式第22号）を、弔慰金を支給しないことを決定したときは弔慰金（加算額）不支給決定通知書（様式第23号）を当該加入者に交付する。

（平成6規則34・平成20規則23・一部改正）

（遺族の範囲及び順位等）

- 第12条 条例第16条第1項に規定する遺族は、死亡した加入者の配偶者、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹であつて、その者の死亡の当時その者と生計を同じくしていたものとする。

- 2 弔慰金を受けるべき遺族の順位は、前項に規定する順序による。

- 3 弔慰金を受けるべき同順位の遺族が2人以上あるときは、その1人のした請求は、全員のためその全額につきしたものとみなし、その1人に対してした支給は、全員に対してしたものとみなす。

（脱退一時金の支給）

- 第13条 条例第17条第1項の規定による脱退一時金の支給を請求しようとする者は、脱退一時金支給請求書（様式第24号）に次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。

(1) 加入者の住民票の写し

(2) 心身障害者の住民票の写し

- 2 市長は、条例第17条第1項の規定による脱退一時金を支給することを決定したときは脱退一時金支給決定通知書（様式第25号）を、脱退一時金を支給しないことを決定したときは脱退一時金（加算額）不支給決定通知書（様式第26号）を当該加入者に交付する。

（平成7規則61・追加、平成20規則23・一部改正）

（脱退等）

第14条 条例第20条第1項第4号に規定する脱退の申出又は同条第2項第1号に規定する口数の減少の申出をしようとする者は、加入者等脱退（減少）届出書（様式第27号）に脱退の申出をしようとする者にあつては加入証書及び口数追加証書を、口数の減少の申出をしようとする者にあつては口数追加証書を添えて市長に提出しなければならない。

（平成7規則61・旧第13条繰下・一部改正）

（滞納期間）

第15条 条例第20条第1項第5号及び同条第2項第2号に規定する規則で定める期間は、2箇月とする。ただし、市長が特別の事情があると認める場合は、この限りでない。

（平成7規則61・旧第14条繰下・一部改正）

（届出の義務等）

第16条 条例第21条第1項から第4項までに規定する届出は、次の各号に掲げる届出の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める書類を市長に提出して行わなければならない。

- （1）条例第21条第1項第1号若しくは第2号、第2項第2号又は第3項第1号の規定による届出 氏名・住所変更届出書（様式第28号）
- （2）条例第21条第1項第3号、第2項第1号又は第3項第2号の規定による届出 死亡・重度障害届出書（様式第29号）
- （3）条例第21条第1項第4号の規定による届出 年金管理者指定届出書（様式第30号）又は年金管理者指定取消届出書（様式第31号）
- （4）条例第21条第3項第3号の規定による届出 年金支給停止事由発生・消滅届出書（様式第32号）
- （5）条例第21条第4項の規定による届出 年金受給権者現況届出書（様式第33号）

2 前項第5号に規定する年金受給権者現況届出書は、毎年4月1日における

現況を記載し、当該年金受給権者の住民票の写しを添えてその年の5月末日までに提出しなければならない。

(平成6規則34・一部改正、平成7規則61・旧第15条繰下・一部改正)

(書類の経由)

第17条 条例及びこの規則により市長に提出する書類は、その提出する者の住所地を所管する保健福祉センターの長を経由して市長に提出しなければならない。ただし、本市の区域内に住所を有しなくなった者については、この限りでない。

(平成7規則61・旧第16条繰下、平成17規則25・平成22規則19・一部改正)

(加入者台帳等)

第18条 市長は、加入者及び年金の支給に関する事項を記録し、整理するため、加入者台帳(様式第34号)及び年金受給権者台帳(様式第35号)を作成し、保管するものとする。

(平成7規則61・旧第17条繰下・一部改正)

附 則

- 1 この規則は、平成4年4月1日から施行する。
- 2 この規則の施行前に、千葉県心身障害者扶養年金条例施行規則(昭和45年千葉県規則第21号)の規定により、千葉県知事が行った処分その他の行為(千葉市中心身障害者扶養共済条例(平成3年千葉市条例第52号。以下「条例」という。)附則第2項の規定により千葉市中心身障害者扶養共済制度(以下「共済制度」という。)に加入したとみなされた者に係るものに限る。)又は千葉県知事に対して行われた届出その他の行為(条例附則第2項の規定により共済制度に加入したとみなされた者に係るものに限る。)で、この規則の施行の際現に効力を有するものは、この規則の相当規定によりなされた

ものとみなす。

附 則（平成6年5月2日規則第34号）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行前に、この規則による改正前の千葉市心身障害者扶養共済条例施行規則様式第10号、様式第21号及び様式第30号の規定により作成された年金支給請求書等で、この規則の施行の際現に存するものは、なお当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

附 則（平成7年9月26日規則第61号）

- 1 この規則は、平成8年1月1日から施行する。ただし、第12条の次に1条を加える改正規定及び様式第23号の次に3様式を加える改正規定は、平成7年12月1日から施行する。
- 2 この規則の施行前に作成された様式で、現に存するものは、なお当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

附 則（平成11年3月31日規則第35号）

- 1 この規則は、平成11年4月1日から施行する。
- 2 この規則の施行前に作成された様式で、現に存するものは、なお当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

附 則（平成11年12月1日規則第62号）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行前に作成された様式で現に存するものは、なお当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

附 則（平成12年3月31日規則第17号）

- 1 この規則は、平成12年4月1日から施行する。
- 2 この規則の施行前に作成された様式で現に存するものは、なお当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

附 則（平成17年3月31日規則第25号）抄

- 1 この規則は、平成17年4月1日から施行する。

附 則（平成19年3月30日規則第38号）

- 1 この規則は、平成19年4月1日から施行する。
- 2 この規則による改正前の様式による用紙は、この規則の施行後も、なお当分の間使用することができる。

附 則（平成20年3月27日規則第23号）

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則（平成21年3月26日規則第9号）

- 1 この規則は、平成21年4月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の様式により調製された用紙は、当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

附 則（平成22年3月31日規則第19号）

- 1 この規則は、平成22年4月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の様式により調製された用紙は、当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

附 則（平成26年1月10日規則第2号）

- 1 この規則は、平成26年1月11日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の様式により調製された用紙は、当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

附 則（平成26年3月31日規則第44号）

- 1 この規則は、平成26年6月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の様式により調製された用紙は、当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

附 則（平成26年9月30日規則第71号）抄

- 1 この規則は、平成26年10月1日から施行する。

附 則（平成27年3月31日規則第25号）

- 1 この規則は、平成27年4月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の様式により調製された用紙は、当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

様式第1号

加入等申込書

年 月 日

(あて先) 千 葉 市 長

千葉市心身障害者扶養共済制度条例に基づき、千葉市心身障害者扶養共済制度に加入を
おける口数追加を
したいので、関係書類を添えて申し込みます。

現在共済制度に加入の有無		有(加入番号)・無			
申請者 (加入等申込者)	フリガナ			生 年 月 日	年 月 日
	氏名	(※)申請者本人が手書きしない場合は、記名押印してください。			
	住所	千葉市 区		続柄	心身障害者から見て
	連絡先電話番号		— —		
	連絡先電子メールアドレス		@		
フリガナ			生 年 月 日	年 月 日	
心身障害者の氏名					
口数の追加		する ・ しない			

	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心身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、程度を証明する書類
 - 4 年金管理者を指定する場合にあっては、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。

確認印	
「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。	㊟

様式第2号

生 保 記 入 欄	
自治体コード	加 入 番 号

申込者(被保険者)告知書
(心身障害者扶養共済制度)

都道府県・指定都市記載欄		
①	②	③
一口目加入	二口目加入	1と2の 同時加入

- ・「重要事項のご説明」の内容(個人情報の取扱いを含む)を確認・承知し、心身障害者扶養共済制度における保険契約の被保険者となることに同意のうえ、署名・押印しました。
・下記の事項は事実と相違ありません。

知事(市長)殿

告知日(記入日)	年	月	日	※ 告知書有効期限は、加入希望月の2ヶ月以内の同意を得ました。
申 込 (加 入) に あ た っ て	申込者は、以下の事項について心身障害者に対して説明し、この制度に加入することの同意を得ました。 ・申込者が死亡し、または重度障害になった場合は、心身障害者に対して「年金給付保険金」が支払われること ・心身障害者が死亡した場合は、申込者に対して「弔慰金給付保険金」が支払われること			① 心身障害者の同意を得た後に押印してください。
フ リ ガ ナ	(姓)	(名)	①	性 別 生 年 月 日 ① 男 ② 昭和 年 月 日 ② 女 ③ 平成 年 月 日
申 込 者 氏 名	(姓)	(名)	①	性 別 生 年 月 日 ① 男 ② 明治 ③ 大正 年 月 日 ② 女 ③ 昭和 ④ 平成 年 月 日
フ リ ガ ナ	(姓)	(名)	①	性 別 生 年 月 日 ① 男 ② 明治 ③ 大正 年 月 日 ② 女 ③ 昭和 ④ 平成 年 月 日
心 身 障 害 者 氏 名	(姓)	(名)	①	性 別 生 年 月 日 ① 男 ② 明治 ③ 大正 年 月 日 ② 女 ③ 昭和 ④ 平成 年 月 日
障 害 の 種 類 ・ 程 度	① 身体障害 ② 知的障害 ③ 精神障害 ④ その他	① 1級 ② 2級 ③ 3級 ④ A ⑤ B ⑥ 1級 ⑦ 2級 ⑧ その他	申込者の心身障害者の続柄 申込者が配偶者、父母以外の場合はその理由	① 配偶者 ② 父母 ③ 兄弟姉妹 ④ その他の親族

申込者の告知(心身障害者にかかる告知ではありません)				
最 近 の 健康状態	①最近3ヶ月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。また、その結果、検査・治療・入院・手術をすすめられたことがありますか。 * (はい) の場合、下記〔詳細記入欄〕に記入してください。			はい いいえ
過 去 5 年 以 内 の 健康状態	②過去5年以内に、病気やけがで手術を受けたこと、または継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。 * (はい) の場合、下記〔詳細記入欄〕に記入してください。			はい いいえ
	③過去5年以内に、下記の病気で医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。 ある場合は右の (はい) を○で囲んだうえ、下記〔詳細記入欄〕に記入してください。			はい いいえ
	心臓・血管	狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心臓病・心筋症・高血圧症(※1)	腎・泌尿器	腎炎・ネフローゼ・腎不全
	脳・精神・神経	脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血)・脳動脈硬化症・精神障害・神経症・てんかん・自律神経失調症・アルコール依存症	眼・耳・鼻	緑内障・網膜の病気・角膜炎の病気
	肺・気管支	ぜんそく・慢性気管支炎・肺結核	がん・しゅよう	がん・肉腫・白血病・しゅよう・ポリープ
食道・胃腸・すい臓	胃かいよう・十二指腸かいよう・かいよう性大腸炎・すい臓	肝臓・胆のう	肝炎(肝炎ウイルス感染を含む)・肝硬変・肝機能障害	糖尿病(※2)・リウマチ・こうげん病・貧血症・紫斑病・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・乳腺症
その他	糖尿病(※2)・リウマチ・こうげん病・貧血症・紫斑病・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・乳腺症			はい いいえ
身 体 の 障 害	④過去5年以内に、上記③以外の病気やけがで2週間以上にわたり、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。 * (はい) の場合、下記〔詳細記入欄〕に記入してください。			はい いいえ
機 能 障 害	目・耳・言語・そしゃく	障害の原因・部位・程度等	発症時期	はい いいえ
欠 損	手・足・手指・背骨(脊柱)	障害の原因・部位・程度等	障害の原因	はい いいえ
変 形	手・足・手指・背骨(脊柱)	障害の原因・部位・程度等	障害の部位	はい いいえ
	手・足・手指・背骨(脊柱)	障害の原因・部位・程度等	障害の程度	はい いいえ

〔詳細記入欄〕

上記①～④に (はい) があつた場合には、その内容についてそれぞれ詳細を記入してください。その内容が「高血圧症(※1)」・「糖尿病(※2)」の場合は、数値等も記入してください。なお、記入欄が不足する場合は、告知書を複数枚使用してください。

(はい)をつけた該当番号	①・②・③・④	①・②・③・④
病気やけがの名前・検査結果	年 月 から 年 月	年 月 から 年 月
診察・検査・治療・投薬を受けた期間	年 月 から 年 月	年 月 から 年 月
入院の有無・期間	年 月 から 年 月	年 月 から 年 月
手術の有無(手術の名前、または内容・部位)	年 月 から 年 月	年 月 から 年 月
症状経過	完治・治療中・検査中・検査終了(異常なし)・経過観察中	完治・治療中・検査中・検査終了(異常なし)・経過観察中
入院・手術・診察・検査・治療・投薬を受けた医療機関名		
(※1)〔高血圧症の場合は記入してください〕	最近の血圧 最大 mmHg 最小 mmHg	(※2)〔糖尿病の場合は記入してください〕
		最近の空腹時血糖値 mg/dl 治療方法()

生 保 記入欄

様式第3号

障 害 証 明 書			整 理 番 号
① 障害者の氏名・性別	(フリガナ).....男 女		② 生 年 月 日 年 月 日
障 害 の 状 況	③ 1 知的障害	A(重 度) ・ B	
	④ 2 身体障害	ア 障害の種類	視覚・聴覚・平衡機能、音声・そしゃく・言語機能、肢体不自由(上肢・下肢・体幹・運動機能)、心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫・肝臓機能
		イ 障害の程度	身体障害者福祉法施行規則別表による。 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級
	⑤ 3 その他障害	ア 障 害 名	(主障害名) (その他の障害名)
		イ 障害の程度	
⑥ 就 労 の 有 無	有 (職種 平均月収額) ・ 無		
⑦ 日常生活の介助の必要度	1 極めて介助の必要がある。 2 かなり介助の必要がある。 3 殆んど介助の必要がない。		
⑧ 上記事項についての特記事項			
⑨ 療育手帳、身体障害者手帳、精神保健福祉手帳所持の有無	有	療育手帳(記号番号) 身障手帳(記号番号) 精神手帳(番号)	) ・ 無
⑩ 障害基礎年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当、障害児福祉手当、福祉手当受給の有無	有	障害基礎・特児(証書の記号番号) 特障・障児・福祉手当(認定通知交付番号)	) ・ 無
⑪ 児童相談所、知的障害者・身体障害者更生相談所の判定の有無	有	(判定機関名) (判定年月日)	) ・ 無
⑫ 施設入所の有無	有	(施設の種類)	) ・ 無
⑬ 証明機関	上記のとおり証明します。 年 月 日 所 在 地 名 称 (印)		

(添 付 書 類) ⑨～⑫のいずれも無の場合は、医師の診断書を添付して下さい。

(記載上の注意) 「整理番号」欄は、都道府県市において加入者各自の整理番号を転記して下さい。

様式第4号

加 入 等 承 認 通 知 書

年 月 日

様

千葉市長



年 月 日付けで申込みのあった千葉市心身障害者扶養共済制度
への加入は、申込みのとおり承認します。
における口数の追加

なお、掛金の額等は、次のとおりです。

	加入番号	
口数の追加の有無	有 ・ 無	
掛金の額	月額	円
最初の月分の掛金の納付期限	年 月 日	
加入等の効力の発生の日	年 月 日	ただし、最初の月分の掛金を納付期限までに納入しないときは、加入等の効力はこの日に発生しないことがあります。
備考		

様式第5号

加 入 等 不 承 認 通 知 書

年 月 日

様

千葉市長



年 月 日付けで申込みのあった千葉市心身障害者扶養共済制度
への加入は、次の理由により承認しないので通知します。
における口数の追加

(理 由)

様式第 6 号

(表)

加入番号	
------	--

千葉市心身障害者扶養共済制度加入証書

加 入 者

氏 名

上記の者は、千葉市心身障害者扶養共済条例に基づき、
の扶養者として心身障害者扶養共済制度に加入していることを証する。

年 月 日

千葉市長

加 入 者	(ふりがな) 氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
心身障害者	(ふりがな) 氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
加 入 日 (加入等の効力発生の日)		年 月 1 日
掛 金 払 込 期 間		年 月 日～ 年 月 日

(裏)

- 1 この加入証書は、大切に保管してください。
もし、この加入証書を破ったり、よごしたり、又はなくしたときは、加入証書の再交付を申請してください。
- 2 掛金は、期限までに必ず納付してください。
もし、掛金を 2 箇月分以上滞納すると、加入者としての地位を失うことになります。
- 3 加入者が死亡したり、重度障害となったときは、その月から心身障害者の生存中毎月年金を支給します。
- 4 加入の際提出した書類に不実の記載があった場合、あるいは加入者の死亡又は重度障害が加入者や心身障害者の故意又は重大な過失によるものである場合は、年金が支給されないことがあります。
- 5 加入者が 1 年以上継続してこの制度に加入している場合に、心身障害者が加入者より早く、又は同時に死亡したときは、加入者に対して所定の弔慰金を支給します。
- 6 加入者が 5 年以上継続してこの制度に加入し、脱退したときは、加入者に対して所定の脱退一時金を支給します。
- 7 加入者が 20 年(又は 25 年)以上継続してこの制度に加入し、かつ、65 歳になってから最初に到来する加入月の応答日以後は、そのときから掛金を納める義務はありません。
- 8 次の場合には、速やかに届け出てください。
 - (1) 加入者、心身障害者又は年金管理者が氏名又は住所を変更したとき。
 - (2) 心身障害者又は年金管理者が死亡したとき。
 - (3) 年金管理者を指定し、又はその指定を取り消したとき。
- 9 千葉市中心身障害者扶養共済条例が改正された場合は、改正後の規定が適用されます。
- 10 その他、この制度の内容については、お申込みの際にお渡しした「心身障害者扶養共済制度(重要事項のご説明)」をご確認ください。

様式第 7 号

(表)

加入番号	
------	--

千葉市心身障害者扶養共済制度口数追加証書

加 入 者

氏 名

上記の者は、千葉市心身障害者扶養共済条例に基づき、
の扶養者として心身障害者扶養共済制度の口数が追加されていることを証する。

年 月 日

千葉市長

加 入 者	(ふりがな) 氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
心身障害者	(ふりがな) 氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
加 入 日 (加入等の効力発生の日)		年 月 1 日
掛 金 払 込 期 間		年 月 日～ 年 月 日

(裏)

- 1 この証書は、加入証書と一緒に大切に保管してください。
もし、この証書を破ったり、よごしたり、又はなくしたときは、口数追加証書の再交付を申請してください。
- 2 口数の追加に係る掛金は、期限までに必ず納付してください。
もし、口数の追加に係る掛金を 2 箇月分以上滞納すると、口数追加加入者としての地位を失うことになります。
- 3 加入者が死亡したり、重度障害となったときは、その月から心身障害者の生存中毎月年金(加算額)を支給します。
- 4 加入者が口数の追加の際提出した書類に不実の記載があった場合、あるいは加入者の死亡又は重度障害が加入者や心身障害者の故意又は重大な過失によるものである場合は、年金が支給されないことがあります。
- 5 加入者が 1 年以上継続して口数を追加している場合に、心身障害者が加入者より早く、又は同時に死亡したときは、加入者に対して所定の弔慰金(加算額)を支給します。
- 6 5 年以上継続して口数の追加をしている加入者が、口数の減少をしたときは、加入者に対して所定の脱退一時金を支給します。
- 7 口数の追加が 20 年(又は 25 年)以上継続し、かつ、加入者が 65 歳になってから最初に到来する追加月の応答日以後は、そのときから口数の追加に係る掛金を納める義務はありません。
- 8 千葉市中心身障害者扶養共済条例が改正された場合は、改正後の規定が適用されます。
- 9 その他、この制度の内容については、お申込みの際にお渡しした「心身障害者扶養共済制度(重要事項のご説明)」をご確認ください。

加 入 番 号	
---------	--

掛金減免申請書

年 月 日

(あて先) 千 葉 市 長

千葉市心身障害者扶養共済条例第9条の規定により、掛金の減免を受けたいので申請します。

申請者 (加入者)	氏 名	年齢	前 年 の 所 得 額	市民税		
		歳	円	均等割 ・所得割 非課税者	所得割 非課税者	
	(※)申請者本人が手書きしない場合は、記名押印してください。					
	住 所			連絡先電話番号		
	千葉市	区		— — 連絡先電子メールアドレス @		
世帯員	加入者以外の 世帯員の氏名	続 柄 (加入者 から見 て)	年齢	前 年 の 所 得 額	市民税	
			歳	円	均等割 ・所得割 非課税者	所得割 非課税者
掛金の免除を 受けようと する理由	※該当する番号を○印で囲んでください。 1 生活保護法による被保護世帯又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている世帯 2 本年度の市町村民税非課税世帯 3 本年度市町村民税のうち所得割非課税世帯(均等割のみ課税) 4 その他()					

注 1 「市民税」の欄は、該当箇所に○印を記入してください。
2 世帯員の数が多いときは、適当な別紙を貼り足して記入してください。

様式第 9 号

加 入 番 号	
---------	--

掛 金 減 免 承 不 承 認 通 知 書

年 月 日

様

千葉市長 印

年 月 日付けで申請のあった掛金の減免については、下記のとおり決定したので、千葉市心身障害者扶養共済条例施行規則第 6 条第 4 項の規定により通知します。

記

掛金免除承認 年 月から

掛金減額承認

100 分の 70 減額 年 月から

100 分の 30 減額 年 月から

掛金減免不承認

様式第10号

年金支給請求書

年 月 日

(あて先) 千 葉 市 長

下記のとおり年金の給付を請求します。

加入番号				口数の追加の有無		有 ・ 無	
心身障害者 (年金受給権者) (申請者□)	フリガナ			生年月日	年 月 日生		
	氏名	(※) 申請者本人が手書きしない場合は、記名押印してください。					
	住所						
	障害の種類	1 知的障害者 2 身体障害者 3 その他()		障害の程度			
年金管理者(申請者□)	フリガナ			生年月日	年 月 日生		
	氏名	(※) 申請者本人が手書きしない場合は、記名押印してください。					
	住所	□ 年金受給権者住所と同じ(記入不要)					
	続柄	年金受給権者から見て _____					
申請者連絡先	電話番号	— —					
	電子メールアドレス	@					
死亡・重度障害者 (加入者)	フリガナ			生年月日	年 月 日生		
	氏名						
	続柄	年金受給権者から見て _____					
死亡し、又は重度障害となった年月日				年 月 日		死 亡 重度障害	
死亡し、又は重度障害の原因となった傷病名							

様式第 11 号

(表)

死亡証明書(死体検案書)

1 氏 名	男 女	2 生 年 月 日	明治 昭和 大正 平成	年 月 日	
3 住 所					
4 職 業					
5 発 病 年 月 日	年 月 日	6 初 診	年 月 日		
7 入 院	年 月 日	8 退 院	年 月 日		
9 死 亡 し た と き	年 月 日 午前 午後 時 分				
10 死 亡 し た る と 及 び そ の 種 別	死 亡 し た と ころ の 種 別 1 病院 2 診療所 3 介護老人保健施設 4 助産所 5 老人ホーム 6 自 宅 7 その他 死 亡 し た と ころ の 種 別 1～5 の 施 設 の 名 称				
11 死 亡 の 原 因	I (ア) 直接死因 (イ) (ア)の原因 (ウ) (イ)の原因 (エ) (ウ)の原因 II 直接には死因に関係しないが I 欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等			発 病 (発 症) 又 は 受 傷 か ら 死 亡 ま で の 期 間	
手術 解 剖	手 術 1 無 2 有	{ 部位及び主要所見 }		手 術 日 年 月 日	
	解 剖 1 無 2 有	{ 主要所見 }			
12 死 因 の 種 類	1 病死及び自然死 { 2 交通事故 3 転倒・転落 4 溺水 不詳の外因死 { 5 煙、火災及び火焰による障害 外因死 { 6 窒息 7 中毒 8 その他 その他及び不詳の外因死 { 9 自殺 10 他殺 11 その他及び不詳の外因 12 不詳の死				
13 外 因 死 の 追 加 事 項	傷 害 が 発 生 し た と き	年 月 日	午前 午後 時 分	1 従業中 2 従業中でないとき 3 不明	
	傷 害 が 発 生 し た と ころ の 種 別	1 住居 2 工場及び建築現場 3 道路 4 その他	{ }		
	傷 害 が 発 生 し た と ころ	都道 市 郡 区 府県 町村			
	手段及び状況				

(裏面にも詳細にご記入願います。)

(裏)

14 死亡に直接関係のある既往症(年月日・傷病名・症状経過・医療機関)		
15 今回の発病(受傷)から初診までの経過		
16 初診時の主訴・所見及びその後の経過		
治 療 内 容		
手 術 名		
手術日 年 月 日		
17 前 又 は 紹 介 医	有 無	医師名 医療機関名 その所在地
18 病 名 を 告 げ た 時 期	(死因病名やその他の病名を患者又は家族にいつどのように告げられましたか。) 本人には(年 月 日頃)に病名を()と告げた。 家族には(年 月 日頃)に病名を()と告げた。	
19 その他	(本人の特徴・身長・体格・酒量・習癖・その他の事項)	
20 死亡診断(死体検案)年月日		年 月 日
上記のとおり証明する。 本証明書発行日 年 月 日 所在地 病院又は診療所等の 名 称 医師氏名		

印

原本の複写又はコピーの場合はそれぞれに捺印してください。
訂正の場合は必ず証明印による訂正印を捺印願います。

聞 宮 診 斷 書

氏 名		2 生年月日		年 月 日	
1 両眼の視力を全く失ったもの 2 両眼の機能を全く失ったもの 3 その他眼の機能を全く失ったもの 4 両下眼を手術後以上で失ったもの 5 両下眼を手術後以上で失ったもの 6 1上眼を手術後以上で失ったもの、1下眼を手術後以上で失ったもの 7 両上眼の用を全く失ったもの 8 両下眼の用を全く失ったもの 9 10多眼を失ったか又はその用を全く失ったもの 10 両耳の聴力を全く失ったもの		8 受 診 日 (発 病) 日		年 月 日 (医師鑑定)・(患者申告)	
2 障害の程度		9 初 診 日		年 月 日	
3 障害の原因		10 入 院 日		年 月 日	
4 原因		11 通 院 日 現在入院中		年 月 日	
5 原因		12 診 断 日 現在診療中(当院・他院)		年 月 日	
6 障害の部位		年 月 日		年 月 日	
7 今回の受診以前にあった身体障害		13 医 生		一住所・氏名	
14 今回の受診(発病)から初診までの経過、初診時の主訴・所見及びその後の経過、障害状態の診断					
治療内容					
手術名					
手術日 年 月 日					
15 視力 右 眼..... () 左 眼..... ()		両眼視力・矯正視力 80000 () 100000 () 200000 () 300000 () 400000 () 500000 () 600000 () 700000 () 800000 () 900000 () 1000000 () 1100000 () 1200000 () 1300000 () 1400000 () 1500000 () 1600000 () 1700000 () 1800000 () 1900000 () 2000000 () 2100000 () 2200000 () 2300000 () 2400000 () 2500000 () 2600000 () 2700000 () 2800000 () 2900000 () 3000000 () 3100000 () 3200000 () 3300000 () 3400000 () 3500000 () 3600000 () 3700000 () 3800000 () 3900000 () 4000000 () 4100000 () 4200000 () 4300000 () 4400000 () 4500000 () 4600000 () 4700000 () 4800000 () 4900000 () 5000000 () 5100000 () 5200000 () 5300000 () 5400000 () 5500000 () 5600000 () 5700000 () 5800000 () 5900000 () 6000000 () 6100000 () 6200000 () 6300000 () 6400000 () 6500000 () 6600000 () 6700000 () 6800000 () 6900000 () 7000000 () 7100000 () 7200000 () 7300000 () 7400000 () 7500000 () 7600000 () 7700000 () 7800000 () 7900000 () 8000000 () 8100000 () 8200000 () 8300000 () 8400000 () 8500000 () 8600000 () 8700000 () 8800000 () 8900000 () 9000000 () 9100000 () 9200000 () 9300000 () 9400000 () 9500000 () 9600000 () 9700000 () 9800000 () 9900000 () 10000000 () 10100000 () 10200000 () 10300000 () 10400000 () 10500000 () 10600000 () 10700000 () 10800000 () 10900000 () 11000000 () 11100000 () 11200000 () 11300000 () 11400000 () 11500000 () 11600000 () 11700000 () 11800000 () 11900000 () 12000000 () 12100000 () 12200000 () 12300000 () 12400000 () 12500000 () 12600000 () 12700000 () 12800000 () 12900000 () 13000000 () 13100000 () 13200000 () 13300000 () 13400000 () 13500000 () 13600000 () 13700000 () 13800000 () 13900000 () 14000000 () 14100000 () 14200000 () 14300000 () 14400000 () 14500000 () 14600000 () 14700000 () 14800000 () 14900000 () 15000000 () 15100000 () 15200000 () 15300000 () 15400000 () 15500000 () 15600000 () 15700000 () 15800000 () 15900000 () 16000000 () 16100000 () 16200000 () 16300000 () 16400000 () 16500000 () 16600000 () 16700000 () 16800000 () 16900000 () 17000000 () 17100000 () 17200000 () 17300000 () 17400000 () 17500000 () 17600000 () 17700000 () 17800000 () 17900000 () 18000000 () 18100000 () 18200000 () 18300000 () 18400000 () 18500000 () 18600000 () 18700000 () 18800000 () 18900000 () 19000000 () 19100000 () 19200000 () 19300000 () 19400000 () 19500000 () 19600000 () 19700000 () 19800000 () 19900000 () 20000000 () 20100000 () 20200000 () 20300000 () 20400000 () 20500000 () 20600000 () 20700000 () 20800000 () 20900000 () 21000000 () 21100000 () 21200000 () 21300000 () 21400000 () 21500000 () 21600000 () 21700000 () 21800000 () 21900000 () 22000000 () 22100000 () 22200000 () 22300000 () 22400000 () 22500000 () 22600000 () 22700000 () 22800000 () 22900000 () 23000000 () 23100000 () 23200000 () 23300000 () 23400000 () 23500000 () 23600000 () 23700000 () 23800000 () 23900000 () 24000000 () 24100000 () 24200000 () 24300000 () 24400000 () 24500000 () 24600000 () 24700000 () 24800000 () 24900000 () 25000000 () 25100000 () 25200000 () 25300000 () 25400000 () 25500000 () 25600000 () 25700000 () 25800000 () 25900000 () 26000000 () 26100000 () 26200000 () 26300000 () 26400000 () 			

○印はいずれかに○印をお願います。

19 四肢、手指、足指の関節の結合は、関節箇所にのりきり主観を入れてください。
四肢の近位運動神経の場合は、その部位を斜線で示してください。
※関節融合の場合は、その程度(%)を記入してください。

(手指)・(足指)

(手関節)

(足関節)

(全身)

検査(計測)日 年 月 日

右	(手指)・(足指)	第1指	第2指	第3指	第4指	第5指	中(一)に いっては 記入の必要は ありません。 指関節融合 の場合は、 融合率を記入 してください。
遠位伸屈関節節	伸縮度・屈曲度	伸縮度・屈曲度	伸縮度・屈曲度	伸縮度・屈曲度	伸縮度・屈曲度	伸縮度・屈曲度	
近位伸屈関節節	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	
中位伸屈関節節	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	
手・足指伸屈関節節	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	
左	(手指)・(足指)						
遠位伸屈関節節	伸縮度・屈曲度	伸縮度・屈曲度	伸縮度・屈曲度	伸縮度・屈曲度	伸縮度・屈曲度	伸縮度・屈曲度	
近位伸屈関節節	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	
中位伸屈関節節	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	
手・足指伸屈関節節	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	

運動の種類・範囲

部位	MT(°)	伸縮度・屈曲度	内転度・外転度	内旋度・外旋度
肩 関節	右	～	～	～
肘 関節	左	～	～	～
肘 関節	右	～	～	～
肘 関節	左	～	～	～
手 関節	右	～	～	～
手 関節	左	～	～	～
股 関節	右	～	～	～
股 関節	左	～	～	～
膝 関節	右	～	～	～
膝 関節	左	～	～	～
足 関節	右	～	～	～
足 関節	左	～	～	～

※関節(手・足指・アスリ)欄には、結果を0-9の範囲にまで記入ください。

22 回復の可能性と症状の固定についての意見

上記の障害状態を診断された日 年 月 日

症状の固定時期 年 月 日 頃

年 月 日

上記のとおり診断します。

所在地
 病院又は診療所等の
 名称
 医師氏名

様式第 13 号

加 入 番 号	
---------	--

年 金 支 給 決 定 通 知 書

年 月 日

様

千葉市長 印

年 月 日付けで請求のあった千葉市中心身障害者扶養共済条例第 10 条の規定による年金の給付については、次のとおり決定したので通知します。

年 金 の 額	月額 円	
口数の追加による加算の有無	有	無
支払開始年月	年 月	
支払期日	毎月 日	
振 込 先	銀 行 名	銀行 支店
	口 座 番 号	
	フリガナ口座名義	

様式第 14 号

第 号

千葉市中心身障害者扶養共済制度年金証書

住 所
年金受給権者
氏 名

住 所
年金管理者
氏 名

年 金 額 月額 円
支給開始年月日 年 月 日

上記のとおり、千葉市中心身障害者扶養共済条例第 10 条の規定により年金を支給する。

年 月 日

千葉市長



様式第 15 号

年金(加算額)不支給決定通知書

年 月 日

様

千葉市長



年 月 日付けで請求のあった千葉市心身障害者扶養共済条例第 10 条の規定による年金給付については、次の理由によって支給しないことに決定したので通知します。

加 入 番 号		死亡・重度障害者 (加入者)の 氏 名	男 女
心 身 障 害 者 の 氏 名	男 女	年 金 管 理 者 の 氏 名	男 女
理 由			

様式第16号

加 入 番 号	
年 金 証 書 番 号	

加入証書等再交付申請書

年 月 日

(あて先) 千 葉 市 長

加 入

亡失

千葉市心身障害者扶養共済制度 口数追加 証書を しましたので、再交付を申請します。

損傷

年 金

申請者 ☐ 加入者 ☐ 年金管理者 ☐ 年金受給権者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	(※)申請者本人が手書きしない場合は、記名押印してください。		
	住所	千葉市 区		
	連絡先電話番号	—		
	連絡先電子メールアドレス	@		
(年金受給権者) 心身障害者	フリガナ		生年月日	☐ 申請者と同じ (記入不要) 年 月 日
	氏名	☐ 申請者と同じ(記入不要)		
	住所	☐ 申請者住所と同じ(記入不要)		

様式第 17 号

年金証書番号	
--------	--

年金支給停止決定通知書

年 月 日

様

千葉市長 印

千葉市中心身障害者扶養共済条例第 10 条の規定により支給されている年金は、次のとおり支給を停止することに決定したので通知します。

おって、年金支給停止の事由が消滅したときは、速かに、その旨を届け出てください。

年金支給停止の事由	
年金支給停止の期間	年 月から上記の年金支給停止の事由が消滅した日の属する月の前月まで
備考	

様式第 18 号

年金証書番号	
--------	--

年金支給停止解除決定通知書

年 月 日

様

千葉市長 印

年 月 日付け年金支給停止事由消滅届書により、次のとおり年金の支給停止を解除したので通知します。

支給停止を解除する年 月	年 月から
備考	

様式第 19 号

年金証書番号	
--------	--

年金支給休止決定通知書

年 月 日

様

千葉市長 印

千葉市心身障害者扶養共済条例第 10 条の規定により支給されている年金は、次のとおり支給を休止することに決定したので通知します。

年金支給休止の 事	
年金支給休止の 期	年 月から上記の年金支給休止の事由が消滅した日 間の属する月の前月まで
備 考	

様式第 20 号

年金証書番号	
--------	--

年金支給休止解除決定通知書

年 月 日

様

千葉市長



年 月 日付けの年金の支給の休止の決定については、支給の休止の事由が
消滅したので年金の支給の休止を解除したので通知します。

様式第21号

弔慰金支給請求書

年 月 日

(あて先) 千 葉 市 長

下記のとおり、弔慰金の支給を請求します。

加入番号			口数追加の有無	有・無
加入年月日		年 月 日	口数の追加年月日	年 月 日
申請者(加入者)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	(※) 申請者本人が手書きしない場合は、記名押印してください。		
	住所	千葉市 区	続 柄	心身障害者から見て
	連絡先電話番号	— —		
	連絡先電子メールアドレス	@		
心身障害者	フリガナ		死亡年月日	年 月 日
	氏名			
	死亡の原因となった傷病名			

添付書類

- 1 加入者の住民票の写し(加入者の氏名が市長に届け出ている氏名と異なるときは戸籍の個人事項証明書又は戸籍の抄本)
- 2 心身障害者の消除された住民票の写し(心身障害者の氏名が市長に届け出ている氏名と異なるときは除かれた戸籍の個人事項証明書又は除かれた戸籍の抄本)

様式第 22 号

加 入 番 号	
---------	--

弔 慰 金 支 給 決 定 通 知 書

年 月 日

様

千葉市長 印

年 月 日付けで請求のあった千葉市心身障害者扶養共済条例第 16 条の規定による弔慰金の支給については、次のとおり決定したので通知します。

弔 慰 金 の 額	金 円		
口数の追加による加算の有無	有 無		
支 払 期 日	年 月 日		
振 込 先	銀 行 名	銀行 支店	
	口 座 番 号		
	フ リ ガ ナ		
	口 座 名 義		

様式第 23 号

加 入 番 号	
---------	--

弔慰金(加算額)不支給決定通知書

年 月 日

様

千葉市長



年 月 日付けで請求のあった千葉市心身障害者扶養共済条例第 16 条の規定による弔慰金の支給については、次の理由により支給しないことに決定したので通知します。

理 由

様式第24号

脱退一時金支給請求書

年 月 日

(あて先) 千 葉 市 長

下記のとおり、脱退一時金の支給を請求します。

加入番号			脱退区分	1 一口目脱退 2 二口目脱退 3 1と2の同時脱退
申請者 (加入者)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	(※)申請者本人が手書きしない場合は、記名押印してください。		
	住所	千葉市 区		
	加入年月日	一口目 年 月 日 (二口目 年 月 日)	続 柄	心身障害者から見て _____
	連絡先電話番号	— —		
	連絡先電子メールアドレス	@		
心身障害者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
脱 退 し た 年 月			年 月	

添付書類

- 1 加入者等脱退(減少)届出書(様式第27号)
- 2 加入者及び心身障害者の住民票の写し(ただし、加入者及び心身障害者の氏名が市長へ届け出ている氏名と異なる場合は戸籍の個人事項証明書又は戸籍の抄本)

様式第 25 号

加 入 番 号	
---------	--

脱退一時金支給決定通知書

年 月 日

様

千葉市長 印

年 月 日付で請求のあった千葉市心身障害者扶養共済条例第 17 条の規定
による脱退一時金の支給については、次のとおり決定しましたので通知します。

脱 退 一 時 金 の 額	金 円		
口数の追加による 加 算 の 有 無	有 ・ 無		
支 払 期 日	年 月 日		
振 込 先	銀 行 名	銀行 支店	
	口 座 番 号		
	フ リ ガ ナ		
	口 座 名 義		
備 考			

様式第 26 号

加 入 番 号	
---------	--

脱退一時金不支給決定通知書

年 月 日

様

千葉市長



年 月 日付けで請求のあった千葉市心身障害者扶養共済条例第 17 条の規定による脱退一時金の支給については、次の理由により支給しないことに決定したので通知します。

理 由

様式第27号

加 入 番 号	
---------	--

加入者等脱退(減少)届出書

年 月 日

(あて先)千葉市長

申請者

(加入者) 氏 名(※) _____

※ 申請者本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

住 所 千葉市 _____ 区 _____

連絡先電話番号 _____ — _____

連絡先電子メールアドレス _____ @ _____

第 20 条第 1 項第 4 号
千葉市心身障害者扶養共済条例 _____ の規定により 年 月
第 20 条第 2 項第 1 号

心身障害者扶養共済制度 脱 退
日付けで _____ を _____ しますからお届けします。
口 数 の 追 加 減 少

- 添付書類 1 千葉市心身障害者扶養共済制度加入証書
2 千葉市心身障害者扶養共済制度口数追加証書

様式第28号

加 入 番 号	
年 金 証 書 番 号	

氏名・住所変更届出書

年 月 日

(あて先) 千 葉 市 長

年 月 日に加入者・心身障害者・年金管理者・年金受給権者の 氏名
住所 を
次のとおり変更したので、千葉市中心身障害者扶養共済条例第21条の規定により届け出ます。

	新	旧
フリガナ		
氏名		
住所		

☐変更後の新氏名と同じ(記入不要)

申請者

氏 名(※) _____

※ 申請者本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

☐変更後の新住所と同じ(記入不要)

住 所 _____

連絡先電話番号 _____

連絡先電子メールアドレス _____@_____

様式第29号

加 入 番 号	
年 金 証 書 番 号	

死亡・重度障害届出書

年 月 日

(あて先) 千 葉 市

年 月 日に加入者・心身障害者・年金管理者・年金受給権者 が
死 亡 し た
ので、千葉市中心身障害者扶養共済条例第21条の規定により届け出ます。
重度障害となった

☐対象者と同じ(記入不要)

申請者

氏 名(※) _____

※ 申請者本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

住 所 _____

連絡先電話番号 _____ — —

連絡先電子メールアドレス _____ @

様式第30号

加 入 番 号	
---------	--

年金管理者指定届出書

年 月 日

(あて先) 千 葉 市 長

千葉市中心身障害者扶養共済条例第21条の規定により、下記の者を年金管理者として指定したので届け出ます。

年金 管理 者	フリガナ	
	氏名	
	住所	
	続柄	心身障害者から見て_____

申請者
(加入者)氏 名(※)

※ 申請者本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

☐年金管理者住所と同じ(記入不要)
千葉市 区

住 所

連絡先電話番号

連絡先電子メールアドレス

@

私は、千葉市中心身障害者扶養共済条例第11条に規定する年金管理者となることに同意し、下記の心身障害者の年金を管理し、良き理解者として誠意をもって保護・養育にあたることを誓約します。

年 月 日

年金管理者

氏 名(※)

※ 年金管理者本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

心身障害者

氏 名

住 所

様式第31号

加 入 番 号

年金管理者指定取消届出書

年 月 日

(あて先) 千 葉 市 長

千葉市中心身障害者扶養共済条例第21条の規定により、次の年金管理者の指定を取り消したので届け出ます。

年金管理者	フリガナ	
	氏名	
	住所	
	続柄	心身障害者から見て_____
心身障害者	フリガナ	
	氏名	
	住所	☐ 年金管理者住所と同じ(記入不要)
取 消 し の 理 由		
取 消 し の 年 月 日		年 月 日

申請者
(加入者)氏 名(※)

※ 申請者本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

☐年金管理者住所と同じ(記入不要)
千葉市 区

住 所

連絡先電話番号 — —

連絡先電子メールアドレス @

様式第32号

年金証書番号

年金支給停止事由発生・消滅届出書

年 月 日

(あて先) 千葉県市長

下記のとおり、年金の支給停止事由が
発生
消滅
したので届け出ます。

年金受給権者	フリガナ	
	氏名	
	住所	
支給停止事由の発生・消滅した日		年 月 日
支給停止事由発生 の内容	1	心身障害者の所在が1箇月以上不明である。
	2	心身障害者が懲役・禁固の刑に処せられ刑の執行を受けている。
	3	心身障害者が日本国内に住所を有しない。
支給停止事由消滅 の内容	1	心身障害者の所在が明らかになった。
	2	心身障害者が懲役・禁固の刑の執行を解かれた。
	3	心身障害者が日本国内に住所を有するようになった。

☐年金受給権者と同じ(記入不要)

申請者

氏 名(※)

※ 申請者本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

☐年金受給権者住所と同じ(記入不要)

住 所

連絡先電話番号

連絡先電子メールアドレス

様式第33号

年金証書番号

年金受給権者現況届出書

年 月 日

(あて先) 千 葉 市 長

千葉市中心身障害者扶養共済条例第21条第4項の規定により、下記のとおり届け出ます。

年金受給権者	フリガナ		生年月日	年 月 日生	
	氏名				
	住所				
	年金管理者の有無	1 有 (1) 父 (2) 母 (3) 祖父母 (4) 兄弟姉妹 (5) その他の親族 (6) その他() 2 無			

(年金受給権者又は年金管理者)

☐ 年金受給権者と同じ(記入不要)

氏 名

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

連絡先電話番号

連絡先電子メールアドレス

注 「年金管理者の有無」の欄は、年金受給権者、年金管理者が記入しがたい場合は、保健福祉センターで記入して差し支えありません。

添付書類 住民票の写し又は戸籍の個人事項証明書若しくは戸籍の抄本

様式第 34 号

加 入 者 台 帳											
加 入 番 号		加 入 年 月 日		年 月 日		脱退年月日		年 月 日			
		(口数の追加)		(年 月 日)		(減少年月日)		(年 月 日)			
		加 入 者		心 身 障 害 者		年 金 管 理 者					
フリガナ 氏 名 (改 姓・改 名)		男 女		男 女		男 女					
生 年 月 日		年 月 日生		年 月 日生		年 月 日生					
続 住 所		(心身障害者との続柄)		(加入者との続柄)		(心身障害者との続柄)					
(住 所 の 変 更)											
死亡・重度障害年月日 (口 数 の 追 加)		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日			
		(年 月 日)		(年 月 日)		脱 退 の 理 由		取消の理由			
他の地方公共団体からの転入	従 前 の 地 方 公 共 団 体 名			障 害 の 種 類				加入者の死亡(重度障害) ・障害者の死亡・転出 ・本人の申出・滞納		・本人の申 出 ・滞 納	
	加 入 番 号			障 害 の 程 度							
	加 入 年 月 日 (口数の追加)	年 月 日 (年 月 日)		金 額		一 口 目 二 口 目 合 計		変 更 の 期 日		変更の理由	
	従 前 の 地 方 公 共 団 体 名										
	加 入 番 号										
	加 入 年 月 日 (口数の追加)	年 月 日 (年 月 日)									

様式第35号

年 金 受 給 権 者 台 帳																			
年 金 証 書 番 号				口数の追加の有無		有 ・ 無		年 金 額		月 額		円							
支 給 開 始 年 月		年 月		口数の追加開始年月		年 月		失 権 年 月		年 月									
年 金 受 給 権 者	(フリガナ)氏 名	男 女				年 金 管 理 者	(フリガナ)氏 名	男 女											
	生 年 月 日	年 月 日生					生 年 月 日	年 月 日生											
	住 所						住 所												
	障 害 の 種 類 ・ 程 度						年 金 受 給 権 者 と の 続 柄												
支 給 停 止	期 間	年 月 から 年 月 まで				年 月 から 年 月 まで		年 月 から 年 月 まで		年 月 から 年 月 まで									
	理 由																		
支 払 の 一 時 休 止		年 月 から 年 月 まで				年 月 から 年 月 まで		年 月 から 年 月 まで		年 月 から 年 月 まで									
現 況 届 書																			
受 給 権 消 滅 の 理 由		1 死 亡 2 その他				備 考													

様式第 1 号

(平成 2 7 規則 2 5 ・全改)

様式第 2 号

(平成 2 2 規則 1 9 ・全改)

様式第 3 号

(平成 1 1 規則 3 5 ・平成 1 1 規則 6 2 ・平成 2 2 規則 1 9 ・一部改正)

様式第 4 号

(平成 7 規則 6 1 ・一部改正)

様式第 5 号

(平成 7 規則 6 1 ・一部改正)

様式第 6 号

(平成 7 規則 6 1 ・全改、平成 2 2 規則 1 9 ・一部改正)

様式第 7 号

(平成 7 規則 6 1 ・全改、平成 2 2 規則 1 9 ・一部改正)

様式第 8 号

(平成 2 7 規則 2 5 ・全改)

様式第 9 号

様式第 1 0 号

(平成 2 7 規則 2 5 ・全改)

様式第 1 1 号

(平成 7 規則 6 1 ・全改、平成 1 2 規則 1 7 ・一部改正)

様式第 1 2 号

(平成 2 1 規則 9 ・全改)

様式第 1 3 号

(平成 7 規則 6 1 ・一部改正)

様式第 1 4 号

様式第 1 5 号

様式第 1 6 号

(平成 2 7 規則 2 5 ・全改)

様式第 1 7 号

様式第 1 8 号

様式第 1 9 号

様式第 2 0 号

様式第 2 1 号

(平成 2 7 規則 2 5 ・全改)

様式第 2 2 号

(平成 7 規則 6 1 ・一部改正)

様式第 2 3 号

様式第 2 4 号

(平成 2 7 規則 2 5 ・全改)

様式第 2 5 号

(平成 7 規則 6 1 ・追加)

様式第 2 6 号

(平成 7 規則 6 1 ・追加)

様式第 2 7 号

(平成 2 6 規則 4 4 ・全改、平成 2 7 規則 2 5 ・一部改正)

様式第 2 8 号

(平成 2 7 規則 2 5 ・全改)

様式第 2 9 号

(平成 2 7 規則 2 5 ・全改)

様式第 3 0 号

(平成 2 7 規則 2 5 ・全改)

様式第 3 1 号

(平成 2 7 規則 2 5 ・全改)

様式第 3 2 号

(平成 2 7 規則 2 5 ・全改)

様式第 3 3 号

(平成 2 7 規則 2 5 ・全改)

様式第 3 4 号

(平成 7 規則 6 1 ・旧様式第 3 1 号繰下 ・一部改正)

様式第 3 5 号

(平成 7 規則 6 1 ・旧様式第 3 2 号繰下 ・一部改正)