

加入（口数追加）申込書

年 月 日

山形県知事 殿

氏 名
(記名押印又は署名)

山形県心身障がい者扶養共済制度条例第6条第1項第7条第1項の規定により、山形県心身障がい

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。
加 入
おける口数の追加を

加申 入込 等者	(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	
心身障がい者の氏名		男・ 女	生 年 月 日	年 月 日
口 数 の 追 加			追加する	・追加しない
現 在 共 済 制 度 に 加 入 の 有 無			有 (加入番号)	・ 無

他制度 からの 転入者 の記載 欄	従 前 の 地 方 公 共 団 体 名	加 入 番 号	加入年月日 (口数追加年月日)
			年 月 日 (年 月 日)
			年 月 日 (年 月 日)

※加入した後又は口数を追加した後に心身障がい者を変更することができません。

確認印	
この制度に関する重要事項を 記載した書面の内容を確認し、 受領しました。 また、この制度が加入目的に 合致していることも確認してい ます。	