

		加入 番号	※		
加入等申込書					
愛媛県知事		様		年	月 日
(加入等申込者)					
		氏 名		㊟	
愛媛県心身障害者扶養共済制度 {に 加 入} の口数追加の申込み をしたいので関係書類を添えて申し込みます。					
加入等申込者	住 所		生年月日	年 月 日	
	(ふりがな) 氏 名		男女 心身障害者 との続柄		
心身障害者	住 所		/		
	(ふりがな) 氏 名		男女 生年月日		
口数追加 (加入の申込みの場合にのみ○を付けること。)		す る ・ し な い			
この申込書提出時における共済制度加入の有無		有 (加入番号) ・ 無			
他制度からの転入者の記載欄	従前の制度名	加入番号	加入期間 (口数追加期間)		
			(年 月 日から 年 月 日まで 年 月 日から 年 月 日まで)	
			(年 月 日から 年 月 日まで 年 月 日から 年 月 日まで)	
			(年 月 日から 年 月 日まで 年 月 日から 年 月 日まで)	
確認印	愛媛県心身障害者扶養共済制度の重要事項の内容を確認し、当該重要事項を記載した書類を受領しました。 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。				㊟

※ この制度においては、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 加入を申し込む場合

- (1) 加入申込者の扶養する心身障害者が県外に住所を有する場合は、当該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（様式第3号）
- (4) (1)から(3)までに掲げるもののほか、知事が必要と認める書類

2 口数追加のみを申し込む場合

- (1) 申込者（被保険者）告知書

注1 ※印の欄には、記入しないこと。

2 不要の文字は、抹消すること。

3 記名押印に代えて署名することができる。