

申立日 (記入日) 令和 年 月 日

老齢厚生年金請求書  
 障害基礎年金請求書  
 遺族基礎年金請求書  
 加給年金額または子の加算額に係る別紙様式

受給権者(請求者)	個人番号(マイナンバー)	
	基礎年金番号	
	(フリガナ)	
	氏名	

下記の加給年金額(子の加算額)の対象者は、私が生計を維持していることを申し立てます。  
 (遺族年金の受給権者である場合は、死亡当時、子は死亡者に生計維持されていたことを申し立てます。)

加給年金額・子の加算額の対象者	子	氏名 (フリガナ) _____ (氏) _____ (名) _____	生年月日	<input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年	月	日	障害の状態に ある・ない	診
		個人番号							
	子	氏名 (フリガナ) _____ (氏) _____ (名) _____	生年月日	<input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年	月	日	障害の状態に ある・ない	診
		個人番号							
	子	氏名 (フリガナ) _____ (氏) _____ (名) _____	生年月日	<input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年	月	日	障害の状態に ある・ない	診
		個人番号							
	子	氏名 (フリガナ) _____ (氏) _____ (名) _____	生年月日	<input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年	月	日	障害の状態に ある・ない	診
個人番号									
子	氏名 (フリガナ) _____ (氏) _____ (名) _____	生年月日	<input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年	月	日	障害の状態に ある・ない	診	
	個人番号								

