

共済適用表示
※

障害給付加算額・加給年金額加算開始事由該当届

54	*基礎年金番号（10桁）で届出する場合は左詰めでご記入ください。																
受給権者	① 個人番号（または基礎年金番号）および年金コード	個人番号（または基礎年金番号）										年金コード					
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	1	3	5	0	
	② 氏名	(フリガナ) ネン キン タ ロウ 年金太郎															
	③ 生年月日	大	・	昭	・	平	・	令	X	X	年	X	X	月	X	X	日
	④ 住所	〒 168 - 0071 杉並区高井戸西3-5-24 ムンションXXX号室															
	⑤ 電話番号	XX (XXXX) XXXX															
⑥ 平成26年11月以前の期間について、配偶者は児童扶養手当を受給していますか ※注	はい ・ いいえ （「はい」の場合は裏面へ）																

配偶者	⑦ 配偶者の個人番号（または基礎年金番号）	個人番号（または基礎年金番号）															
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
	⑧ 配偶者の氏名	(フリガナ) ネン キン ハナ コ 年金花子															
	⑨ 配偶者の生年月日	大	・	昭	・	平	・	令	X	X	年	X	X	月	X	X	日
	⑩ 受給状況	現在、公的年金制度等から老齢・退職または障害を支給事由とする年金を受けていますか								ア 老齢・退職の年金を受けている イ 障害の年金を受けている ウ いずれも受けていない							
		受けているときは、その公的年金制度の名称および年金証書の基礎年金番号・年金コード、恩給証書等の記号番号						名 称									
								基礎年金番号・年金コード等									
⑪ 該当日	平成 令和 XX 年 XX 月 XX 日																
⑫ 該当理由	01. 受給権発生後の婚姻・再婚 04. 生計維持関係の復活 11. 受給権発生後の婚姻・再婚（法施行前） 14. 生計維持関係の復活（法施行前）																

※機構記入欄	諸変更コード	54-04	理由コード		改定年月日	平・令 7 9		年		月		日
	続柄コード	1	障害状態コード	0								
	配偶者基礎年金番号		—		配偶者年金コード		配偶者状態表示					

子供 (一人目)	⑬ 子供の氏名		(フリガナ) ネ キ イ ロ 年 金 一 郎												
	⑭ 子供の生年月日		昭和・平成・令和				X	X	年	X	X	月	X	X	日
	⑮ 個人番号 (マイナンバー)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	⑯ 障害状態にありますか		ある ・ ない												
	⑰ 該 当 日	平成・令和 XX 年 XX 月 XX 日													
	⑱ 該当理由		02. 受給権発生後の子の出生・養子縁組 (再養子縁組) 03. 子の障害該当 04. 生計維持関係の復活 05. 児童扶養手当からの選択換え 12. 受給権発生後の子の出生・養子縁組 (法施行前) 13. 子の障害該当 (法施行前) 14. 生計維持関係の復活 (法施行前)												
	⑲ 児童扶養手当の受給対象ですか ※注		はい ・ いいえ												
※機 構 記 入 欄	諸変更 コード	5 4 - 0 4	理由 コード		改定年月日	平・令 7 9		年		月		日			
	続 柄 コード	2	障害状態 コード												

子供 (二人目)	⑬ 子供の氏名		(フリガナ) ネ キ ジ ロ 年 金 二 郎												
	⑭ 子供の生年月日		昭和・平成・令和				X	X	年	X	X	月	X	X	日
	⑮ 個人番号 (マイナンバー)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	⑯ 障害状態にありますか		ある ・ ない												
	⑰ 該 当 日	平成・令和 XX 年 XX 月 XX 日													
	⑱ 該当理由		02. 受給権発生後の子の出生・養子縁組 (再養子縁組) 03. 子の障害該当 04. 生計維持関係の復活 05. 児童扶養手当からの選択換え 12. 受給権発生後の子の出生・養子縁組 (法施行前) 13. 子の障害該当 (法施行前) 14. 生計維持関係の復活 (法施行前)												
	⑲ 児童扶養手当の受給対象ですか ※注		はい ・ いいえ												
※機 構 記 入 欄	諸変更 コード	5 4 - 0 4	理由 コード		改定年月日	平・令 7 9		年		月		日			
	続 柄 コード	2	障害状態 コード												

※注⑥欄および⑱欄は平成26年11月以前分の障害基礎年金等の子の加算について届出する場合のみご記入ください。

生計維持申立	
左記および上記の加算額・加給年金額の対象者は、生計を維持していることを申し立てる。	
令和 XX 年 XX 月 XX 日	受給権者氏名 年 金 太 郎

市区町村

実施機関等

受付年月日

受付年月日

子の加算請求に係る確認書

私は、「障害給付加算額・加給年金額加算開始事由該当届」を提出するにあたり、障害基礎年金等の子の加算金について、下記の説明を受けたことを確認します。

記

障害基礎年金等の子の加算について

- 1. 平成 26 年 11 月以前の期間については、障害基礎年金等の子の加算を受給すると、配偶者が受給している児童扶養手当は資格喪失または減額となります。
- 2. 障害基礎年金等の子の加算について手続きをすると、後日「支給額変更通知書」が届きます。
また、既に配偶者が児童扶養手当を受給している場合は、配偶者がお客様の「支給額変更通知書」を持参のうえ、市区町村役場へ「児童扶養手当資格喪失届」または「児童扶養手当額改定届」を提出する必要があります。
- 3. 今回届出のありました「障害給付加算額・加給年金額加算開始事由該当届」について、住所地の市区町村役場へ情報提供されることをご承知願います。
なお、個人情報については児童扶養手当からの移行以外の目的で使用することはありません。

令和 X X 年 X X 月 X X 日

申出人（障害年金受給権者）

個人番号(または基礎年金番号)

X X X X X X X X X X

住所 杉並区高井戸西3-5-24 O OマンションXX号

氏名 年金太郎

電話番号 XX (X X X X) X X X X

代理人

住所

氏名

申出人との続柄

電話番号 ()