遺族補償年金支給停止申請書

様式第20号

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | 認定  番号 |  | |
| 地方公務員災害補償基金　岩手県支部長　様 | | | 請求（申請）　　　令和　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | |
| 下記の所在不明者にかかる遺族補償年金の支給停止を申請します。 | | | 申　請　者　の  年金証書の番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　　　　　号  住　　　所  ふりがな  氏　　　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　年　　　　　　月　　　　　　日生（　　　歳）  所在不明者との続柄 | | | | |
| １　所在不明者 | 年金証書の番 | 第　　　　　　　　　　　　　　　　号 | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | |
| 最後の住所 |  | | | | | |
| 所在不明となった年月日 | 令和　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　　日 | | | | | |
| 所在不明の事由 |  | | | | | |
| ２　申請者の同順位者 | 氏　　　　　名 | 住　　　　　　　　　　　　　所 | | 年金証書の番号 | | | 所在不明者との続柄 |
|  |  | | 第　　　　　　号 | | |  |
|  |  | | 第　　　　　　号 | | |  |
|  |  | | 第　　　　　　号 | | |  |
|  |  | | 第　　　　　　号 | | |  |
|  |  | | 第　　　　　　号 | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ＊決定内容 | 令和　　　　　年　　　　　　月分から停止 | ＊通　 　知 | 令和　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ＊　受　　　　理  （到達した年月日） | 所　属　部　局 | 任　命　権　者 | 基　金　支　部 |
| 令和　　年　　月　　日 | 令和　　年　　月　　日 | 令和　　年　　月　　日 |

〔注意事項〕

１　　申請者は、＊印の欄には記入しないこと。

２　　「申請者の年金証書の番号」の項には、申請者が所在不明者と同順位者である場合にのみ記入すること。

３　　「１　所在不明者」の欄の年金証書の番号の項は、その番号が不明のときは記入する必要はないこと。

４　　「２　申請者の同順位者」の欄には、所在不明者の同順位者があるときは、その同順位者について、同順位者がないときは、その次順位者である申請者の同順位者について記入し、後者の場合は、同欄中の「年金証書の番号」の項の記入は必要ないこと。

５　　この申請書には、所在不明者の所在が１年以上明らかでないことを証明する書類を提出すること。

６　　年月日の記載には元号を用いる。