

退職共済年金 決定 請求書

※太線の枠内に必要事項を記入してください。黄色欄には記入しないでください。

年金証書記号番号	8	-																		
----------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

下記のとおり請求します。 全国市町村職員共済組合連合会 理事長 様	フリガナ	
令和 年 月 日	氏 名	

○加給年金額対象者について

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。

配偶者	フリガナ ^{【231】}	性別	生 年 月 日	個人番号または基礎年金番号 ^{【262】}		
氏 名 ^{【253】}		男・女	昭和 平成 年 月 日			
子	フリガナ ^{【231】}	性別	生 年 月 日	障害	障害等級	※子については、18歳到達以後の最初の3月31日までの間にある者、あるいは20歳未満で障害等級1～2級の状態にある者に限ります ※子については、個人番号または基礎年金番号の記載は不要です
	氏 名 ^{【253】}	男・女	昭和 平成 年 月 日	有・無		
フリガナ ^{【231】}	性別	生 年 月 日	障害	障害等級		
氏 名 ^{【253】}	男・女	昭和 平成 年 月 日	有・無			

○加給年金額対象配偶者が受給（請求）中の公的年金について

受給中の年金 ^{【224】}	公的年金制度名	年 金 種 別	年金証書記号番号	受給権発生年月日	選択
停止または請求中の年金も記入してください				年 月 日	

○繰上げ請求について

経過措置による退職共済年金の繰上げ請求に関する事項	繰上げ希望	年 齢	繰上年月 ^{【507】}
	有・無	歳	4

○受給資格期間の特例について

老齢基礎年金等の支給要件の特例（国年法改正附則第12条第1項関係）	該当	該当することとなった日
	有・無	昭・平 年 月 日

○退職事由に関する証明

1 この者は、地方公務員等共済組合法施行令附則第30条の3に該当するものであることを証明します。
2 この者は、地方公務員等共済組合法附則第28条の9または10の規定の適用を受けることができる者であることを証明します。

令和 年 月 日

職 名
任 命 権 者
氏 名

