

様式第20号

遺族補償年金支給停止申請書

認定番号

地方公務員災害補償基金 支部長 殿 下記の所在不明者に係る遺族補償年金の支給 停止を申請します。		申請年月日 年 月 日	
		申請者の住所 フリガナ 氏 名 年 月 日生 (歳) 年金証書の番号 第 号 所在不明者との続柄	
1	年金証書の番号 第 号 フリガナ 氏 名 最後の住所 所在不明となった年月日 年 月 日 所在不明の事由		
	所在不明者		
2	氏 名	住 所	年金証書の番号 第 号
			第 号
			第 号
			第 号
* 受理 (到達した年月日)	所属部局 年 月 日	任命権者 年 月 日	基金支部 年 月 日
* 決定内容	年 月分から停止	* 通知	年 月 日

〔注意事項〕

- 申請者は、*印の欄には記入しないこと。
- 申請者に係る「年金証書の番号」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。
- 「1 所在不明者」の欄の「年金証書の番号」は、その番号が不明のときは記入する必要はないこと。
- 「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、同順位者がいないときは、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」の記入は必要ないこと。
- 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添付すること。
- 年月日の記載には元号を用いる。