様式第107号

年金請求書(国民年金障害基礎年金)

○□のなかに必要事項をご記入ください。(◆印欄には、なにも記入しないでください。)
○黒インクのボールペンでご記入ください。＊鉛筆や、摩擦等により消色するインクを用いたペンは使用しないでください。
○フリガナはカタカナでご記入ください。

職員記入欄	入力処理コード	年金コード
	630002	53 63 5

❸記録不要制度						作成原因
(厚年)	(船員)	(国年)	(国共)	(地共)	(私学)	02

❹年金種別	❺ 課所符号	❻ 進達番号
53 63		

❼ 重無	❽ 未保	❾ 支保

受付登録コード
1 7 2 1

二次元コード

市区町村 受付年月日

障害年金センター 受付年月日

年金事務所 受付年月日

1. 請求者(年金を受ける方)についてご記入ください。

※個人番号(マイナンバー)を記入された場合、個人番号カード(マイナンバーカード)等の提示または写しの提出が必要です。
詳しくは6ページをご確認ください。

❶ 個人番号※(マイナンバー) 1
基礎年金番号 1234567890/

❷ 生年月日 2 5.昭和 7.平成 40年 7月 15日

電話番号 090 — XXXX — XXXX 電話

❿ 氏名 10
(フリガナ) ヤマダ ハナコ
(氏) 山田 (名) 花子

性別 1.男 2.女

＊日中に連絡が取れる電話番号(携帯も可)をご記入ください。

⓫ 住所の郵便番号 11 0000000

⓬ 住所 12
(フリガナ) カクウ アオバチョウ
架空 市町区村 青葉町1丁目2番3号

社会保険労務士の提出代行者欄

2. 年金の受取口座をご記入ください。

貯蓄預金口座または貯蓄貯金口座への振込みはできません。

年金受取口座に公金受取口座として登録済の口座を利用するかご記入ください。

⑳ (1) 公金受取口座の利用意思 20 ①利用する ②利用しない(または未登録)

※公金受取口座を利用する場合は、通帳等の写しの添付や金融機関の証明は不要です。

年金受取口座として指定する口座をご記入ください。(公金受取口座を利用する場合も必ずご記入ください。) 13

⑬ (2) 年金振込先

① 金融機関
⑭ 金融機関コード 14 ◆ ⑯ 支店コード 16 ◆
(フリガナ) ミライ 銀行 金庫 信組 農協 信連 漁連 信漁連 漁協
未来
(フリガナ) アオバ
青葉
本店 支店 出張所 本所 支所
⑰ 預金種別 1.普通 2.当座 17
⑱ 口座番号(左詰めで記入) 18 1234567

② ゆうちょ銀行
貯金通帳の記号(左詰めで記入) → − ←
⑱ 番号(右詰めで記入) 18

金融機関またはゆうちょ銀行の証明欄
⑩の氏名フリガナと、口座名義人氏名フリガナが同じであることをご確認ください。

口座名義人氏名(カタカナ) (氏) ヤマダ (名) ハナコ 名義

※通帳等の写し(金融機関名、支店名、口座名義人氏名フリガナ、預金種別、口座番号の面)を添付する場合または公金受取口座を利用する場合、証明は不要です。

上記(1)で「2利用しない(または未登録)」を選択された方は、上記(2)年金振込先を公金受取口座へ登録するかご記入ください。

㉑ (3) 公金受取口座の登録意思 21 ①登録する ②登録しない

公金受取口座については2ページをご参照ください。

連絡欄

3. 障害給付の請求事由や障害の原因である傷病等に関してご記入ください。

(1) この請求は、下の欄にある「障害給付の請求事由」の1から3までのいずれに該当しますか。該当する番号を○で囲んでください。
また、「事後重症請求に関する確認事項」の該当する番号も○で囲んでください。

障害給付の請求事由	事後重症請求に関する確認事項
請求事由 (1.) 障害認定日による請求 →	(1.) 「障害認定日による請求」で受給権が発生しない場合は、「事後重症による請求」として障害給付を請求する。 2. 「障害認定日による請求」で受給権が発生しない場合は、「事後重症による請求」による請求は行わない。
(2.) 事後重症による請求 →	1. 「障害認定日による請求」を行った結果、不支給となった。 (2.) 障害認定日の障害の状態は障害等級に該当しなかったが、その後症状が悪化し障害の状態が重くなった。 3. その他(　　)
(3.) 初めて障害等級の1級または2級に該当したことによる請求	

(2) 障害の原因である傷病についてご記入ください。

	1.	2.	3.
傷病名	脳梗塞		
傷病の発生した日	昭和 / 平成 / (令和) 4年 11月 8日	昭和 / 平成 / 令和 年 月 日	昭和 / 平成 / 令和 年 月 日
初診日	昭和 / 平成 / (令和) 4年 11月 8日	昭和 / 平成 / 令和 年 月 日	昭和 / 平成 / 令和 年 月 日
初診日において加入していた年金制度	制度 (1.国年) 2.厚年 3.共済 4.未加入	1.国年 2.厚年 3.共済 4.未加入	1.国年 2.厚年 3.共済 4.未加入
現在傷病は治っていますか。※	(1.はい) ・ 2.いいえ	1.はい ・ 2.いいえ	1.はい ・ 2.いいえ
治っているときは治った日※	昭和 / 平成 / 令和 年 月 日	昭和 / 平成 / 令和 年 月 日	昭和 / 平成 / 令和 年 月 日
障害の原因は第三者の行為によりますか。	(1.はい) ・ 2.いいえ ※「はい」を○で囲んだ場合は、「国民年金・厚生年金保険第三者行為事故状況届」の提出が必要となります。		
傷病の原因は業務上ですか。	(1.はい) ・ 2.いいえ		
この傷病について右に示す制度から保険給付が受けられるときは、その番号を○で囲んでください。請求予定・請求中のときも同様です。	(1.) 労働基準法　(2.) 労働者災害補償保険法 (3.) 船員保険法　(4.) 国家公務員災害補償法 (5.) 地方公務員災害補償法 (6.) 公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する法律		
受けられるときは、その給付の種類の番号を○で囲み、支給の発生した日をご記入ください。	(1.) 障害補償給付(障害給付)　(2.) 傷病補償給付(傷病年金)		
	(昭和 / 平成 / 令和) 年 月 日		

※「治った日」には、その症状が固定し治療の効果が期待できない状態に至った日も含みます。

3. 障害給付の請求事由や障害の原因である傷病等に関してご記入ください。

(1) この請求は、下の欄にある「障害給付の請求事由」の1から3までのいずれに該当しますか。該当する番号を○で囲んでください。
また、「事後重症請求に関する確認事項」の該当する番号も○で囲んでください。

障害給付の請求事由	事後重症請求に関する確認事項
請求事由 (1). 障害認定日による請求 →	(1). 「障害認定日による請求」で受給権が発生しない場合は、「事後重症による請求」として障害給付を請求する。 (2). 「障害認定日による請求」で受給権が発生しない場合は、「事後重症による請求」による請求は行わない。
(2). 事後重症による請求 →	(1). 「障害認定日による請求」を行った結果、不支給となった。 (2). 障害認定日の障害の状態は障害等級に該当しなかったが、その後症状が悪化し障害の状態が重くなった。 (3). その他(　　)
(3). 初めて障害等級の1級または2級に該当したことによる請求	

(2) 障害の原因である傷病についてご記入ください。

	1.	2.	3.
傷病名	慢性腎臓病		
傷病の発生した日	昭和 平成 2年 4月 6日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和
初診日	昭和 平成 2年 4月 6日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和
制度 初診日において加入していた年金制度	(1).国年 (2).厚年 (3).共済 (4).未加入	(1).国年 (2).厚年 (3).共済 (4).未加入	(1).国年 (2).厚年 (3).共済 (4).未加入
現在傷病は治っていますか。※	(1).はい ・ (2).いいえ	(1).はい ・ (2).いいえ	(1).はい ・ (2).いいえ
治っているときは治った日※	昭和 平成 年 月 日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和
障害の原因は第三者の行為によりますか。	(1).はい ・ (2).いいえ ※「はい」を○で囲んだ場合は、「国民年金・厚生年金保険第三者行為事故状況届」の提出が必要となります。		
傷病の原因は業務上ですか。	(1).はい ・ (2).いいえ		
この傷病について右に示す制度から保険給付が受けられるときは、その番号を○で囲んでください。請求予定・請求中のときも同様です。	(1). 労働基準法 (2). 労働者災害補償保険法 (3). 船員保険法 (4). 国家公務員災害補償法 (5). 地方公務員災害補償法 (6). 公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する法律		
受けられるときは、その給付の種類の番号を○で囲み、支給の発生した日をご記入ください。	(1). 障害補償給付(障害給付)　(2). 傷病補償給付(傷病年金)		
	昭和 平成 年 月 日 令和		

※「治った日」には、その症状が固定し治療の効果が期待できない状態に至った日も含みます。

3. 障害給付の請求事由や障害の原因である傷病等に関してご記入ください。

(1) この請求は、下の欄にある「障害給付の請求事由」の1から3までのいずれに該当しますか。該当する番号を○で囲んでください。
また、「事後重症請求に関する確認事項」の該当する番号も○で囲んでください。

障害給付の請求事由	事後重症請求に関する確認事項
請求事由 (1.) 障害認定日による請求 →	(1.) 「障害認定日による請求」で受給権が発生しない場合は、「事後重症による請求」として障害給付を請求する。 2. 「障害認定日による請求」で受給権が発生しない場合は、「事後重症による請求」による請求は行わない。
(2.) 事後重症による請求 →	1. 「障害認定日による請求」を行った結果、不支給となった。 (2.) 障害認定日の障害の状態は障害等級に該当しなかったが、その後症状が悪化し障害の状態が重くなった。 3. その他(　　)
(3.) 初めて障害等級の1級または2級に該当したことによる請求	

(2) 障害の原因である傷病についてご記入ください。

	1.	2.	3.
傷病名	てんかん		
傷病の発生した日	昭和 (平成) 18 年 9 月 12 日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和
初診日 初診日	昭和 (平成) 18 年 9 月 12 日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和
初診日において加入していた年金制度 制度	1.国年　2.厚年 3.共済　(4.未加入)	1.国年　2.厚年 3.共済　4.未加入	1.国年　2.厚年 3.共済　4.未加入
現在傷病は治っていますか。※	1.はい ・ (2.いいえ)	1.はい ・ 2.いいえ	1.はい ・ 2.いいえ
治っているときは治った日※	昭和 平成 年 月 日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和
障害の原因は第三者の行為によりますか。	1.はい ・ (2.いいえ) ※「はい」を○で囲んだ場合は、「国民年金・厚生年金保険第三者行為事故状況届」の提出が必要となります。		
傷病の原因は業務上ですか。	1.はい ・ (2.いいえ)		
この傷病について右に示す制度から保険給付が受けられるときは、その番号を○で囲んでください。請求予定・請求中のときも同様です。	1. 労働基準法　2. 労働者災害補償保険法 3. 船員保険法　4. 国家公務員災害補償法 5. 地方公務員災害補償法 6. 公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する法律		
受けられるときは、その給付の種類の番号を○で囲み、支給の発生した日をご記入ください。	(1.) 障害補償給付(障害給付)　2. 傷病補償給付(傷病年金) 昭和 平成 年 月 日 令和		

※「治った日」には、その症状が固定し治療の効果が期待できない状態に至った日も含みます。

4. 子についてご記入ください。

以下のいずれかに該当する「子」についてご記入ください。

① 18歳になった後の最初の3月31日までにある子
② 20歳未満であって、国民年金法施行令別表に定める障害等級1級・2級の障害の状態にある子

19

子（Ⓐ欄）	⑲ 氏名	(フリガナ) ヤマダ (氏) 山田	(名) ユイ 結衣	生年月日	7.平成 9.令和	年 22	月 5	日 8	
	個人番号			障害の状態に ある・ない		◆ 診			
19 子（Ⓑ欄）	⑲ 氏名	(フリガナ) ヤマダ (氏) 山田	(名) アオイ 葵	生年月日	7.平成 9.令和	年 19	月 2	日 14	
	個人番号			障害の状態に ある・ない		◆ 診			

職員記入欄
別紙有無
□ 有

＊3人目以降は別紙にご記入の上、この請求書に添付しご提出ください。

［注意事項］
児童扶養手当の受給者の方やその配偶者が、公的年金制度から年金を受けるようになったり、年金額が改定されたときは、市区町村から支給されている児童扶養手当が支給停止または一部支給停止される場合があります。詳しくは、お住まいの市区町村の児童扶養手当担当窓口にお問い合わせください。

5. 生計維持関係の確認のため、以下の申し立てをご記入ください。

請求者（年金を受ける方）によって生計維持されている子がいる場合、「子の加算額」が加算されることがあります。

以下の2つの要件を満たしているとき、「生計維持されている」といいます。
① 生計を同じくしていること（例）同居している。単身赴任等で住所が異なっているが生活費を共にしている。
② 収入要件を満たしていること（年収850万円（所得655.5万円）以上を有しないことが認められること。）

生計維持関係に関する申立書

申立日 申立日（記入日） 令和 8 年 12 月 1日

1. 上記の子と生計を同じくしていますか。該当するものを〇で囲んでください。
（同居している場合や、単身赴任等で住所が異なっているが生活費を共にしている場合は生計を同じくしていることとなります。）

生計同一 はい ・ いいえ

2. 請求者（年金を受ける方）によって生計を維持されている方の収入について、該当するものを〇で囲んでください。

対象者	(1)年収は850万円未満ですか。 （または所得655.5万円未満ですか。）	(1)で「いいえ」に〇を付けた方のみご記入ください。 (2)この年金の受給権発生時点において、年収850万円（所得655.5万円）未満ですか。
	収入	
子 （Ⓐ欄の子）	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
子 （Ⓑ欄の子）	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ

［注意事項］
配偶者が受給している年金の加給年金額の対象となっている場合、あなたが障害基礎年金を受けられるようになったときは、配偶者が受給している加給年金額は受けられなくなります。
この場合は、配偶者の方より「老齢・障害給付加給年金額支給停止事由該当届」をお近くの年金事務所または街角の年金相談センターへ提出していただく必要があります。

6. これまでの年金の加入状況等についてご記入ください。

(1)年金制度の被保険者または組合員等となっていた期間について、下記の履歴欄にご記入ください。

履　歴(公的年金制度加入経過)
※できるだけ詳しく、正確にご記入ください。
(右欄にチェックした場合は記入不要です。)

回答票　被保険者記録照会回答票を添付する場合は、以下にチェックしてください。
☑ 被保険者記録照会回答票の記載内容と相違ない

	(1)事業所(船舶所有者)の名称および船員であったときはその船舶名	(2)事業所(船舶所有者)の所在地または国民年金加入時の住所	(3)勤務期間または国民年金の加入期間	(4)加入していた年金制度の種類
最初			(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	1.国民年金 2.厚生年金保険 3.厚生年金(船員)保険 4.共済組合等
2			(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	1.国民年金 2.厚生年金保険 3.厚生年金(船員)保険 4.共済組合等
3			(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	1.国民年金 2.厚生年金保険 3.厚生年金(船員)保険 4.共済組合等
4			(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	1.国民年金 2.厚生年金保険 3.厚生年金(船員)保険 4.共済組合等
5			(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	1.国民年金 2.厚生年金保険 3.厚生年金(船員)保険 4.共済組合等
6			(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	1.国民年金 2.厚生年金保険 3.厚生年金(船員)保険 4.共済組合等

(2)今回請求する年金の他に現在請求中の公的年金があれば○で囲んでください。(請求中の年金がない場合は記入不要です。)

公的年金制度名	年金の種類
ア. 国民年金法　イ. 厚生年金保険法　ウ. 船員保険法 エ. 国家公務員共済組合法　オ. 地方公務員等共済組合法　カ. 私立学校教職員共済法 キ. その他(　　)	○ 老齢または退職 ○ 障害 ○ 遺族

[注意事項]
◎すでに年金事務所に加入期間の照会をして回答を受けたことがある方は、できるかぎり、その回答書のコピーをこの請求書に添えてください。
◎添付書類は、「コピー」、「コピー可」と記載されているもの以外は、原本を添付してください。
◎戸籍謄本、住民票等(年金請求等に用いることを目的として交付されたものを除きます。)の原本については、原本を提出したお客様から原本返却のお申出があった場合、職員がそのコピーをとらせていただいた上で、お返しいたします。(第三者証明、診断書等、原本返却できない書類もあります。)

7. 請求者(年金を受ける方)についてご記入ください。

(1)過去に加入していた年金制度の年金手帳の記号番号で、基礎年金番号と異なる記号番号があるときは、その記号番号をご記入ください。

厚生年金保険		国民年金	
船員保険			

(2)改姓・改名をしているときは、旧姓名および変更した年月日をご記入ください。(※年金記録の確認に使用します。)

旧姓

旧姓名	(フリガナ) ササキ	ハナコ
	(氏) 佐々木	(名) 花子
変更日	昭和・(平成)・令和　5年 10月 1日	

旧姓名	(フリガナ)	
	(氏)	(名)
変更日	昭和・平成・令和　年 月 日	

年金請求書（国民年金・厚生年金保険障害給付）
〔障害基礎年金・障害厚生年金・障害手当金〕

○□のなかに必要事項をご記入ください。（◆印欄には、なにも記入しないでください。）
○黒インクのボールペンでご記入ください。＊鉛筆や、摩擦等により消色するインクを用いたペンは使用しないでください。
○フリガナはカタカナでご記入ください。

職員記入欄	入力処理コード	年金コード
	4 3 0 0 0 2	1 3

課所符号	進達番号	厚年資格
		10・20 21・22

船保資格	記録不要制度						作成原因
10・20 21・22	(厚年)	(船員)	(国年)	(国共)	(地共)	(私学)	02

船戦加	重	未保	支保	配状

受付登録コード
8 4 1 0 4

二次元コード

障害年金センター 受付年月日

実施機関等 受付年月日

1. 請求者（年金を受ける方）についてご記入ください。

※個人番号（マイナンバー）を記入された場合、個人番号カード（マイナンバーカード）等の提示または写しの提出が必要です。
詳しくは6ページをご確認ください。

❶ 個人番号※（マイナンバー） 1		❷ 生年月日 2	5.昭和 7.平成 55年 11月 3日
基礎年金番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	電話番号	090 ― XXXX ― XXXX 電話
❸ 氏名 3	(フリガナ) タナカ ジロウ (氏) 田中 (名) 次郎	❹ 性別	1.男 2.女
❺ 住所の郵便番号 5	0 0 0 0 0 0 0	❻ 住所 6	(フリガナ) カクウ アオバチョウ 架空 市区町村 青葉町1丁目2番3号
社会保険労務士の提出代行者欄			

＊日中に連絡が取れる電話番号（携帯も可）をご記入ください。

2. 年金の受取口座をご記入ください。

貯蓄預金口座または貯蓄貯金口座への振込みはできません。

年金受取口座に公金受取口座として登録済の口座を利用するかご記入ください。

(1)公金受取口座の利用意思 ❼ 7	1 利用する	2 利用しない（または未登録）

※公金受取口座を利用する場合は、通帳等の写しの添付や金融機関の証明は不要です。

年金受取口座として指定する口座をご記入ください。（公金受取口座を利用する場合も必ずご記入ください。）

8 ❽ (2)年金振込先	① 金融機関	❾ 金融機関コード ◆ 9	❿ 支店コード ◆ 10	(フリガナ) ミライ 未来	銀行 金庫 信組 農協 信連 信漁連 漁協	(フリガナ) アオバ 青葉 本店 支店 出張所 本所 支所
	② ゆうちょ銀行	貯金通帳の記号（左詰めで記入） → ―	⓬ 12	番号（右詰めで記入）		←
口座名義人氏名（カタカナ）		(氏) タナカ		(名) ジロウ 名義		

⓫ 預金種別	1.普通 2.当座 11	⓬ 口座番号（左詰めで記入） 7 6 5 4 3 2 1 12
金融機関またはゆうちょ銀行の証明欄	❸ の氏名フリガナと、口座名義人氏名フリガナが同じであることをご確認ください。	

※通帳等の写し（金融機関名、支店名、口座名義人氏名フリガナ、預金種別、口座番号の面）を添付する場合または公金受取口座を利用する場合、証明は不要です。

上記(1)で「2利用しない（または未登録）」を選択された方は、上記(2)年金振込先を公金受取口座へ登録するかご記入ください。

(3)公金受取口座の登録意思 ⓭ 13	1 登録する	2 登録しない

公金受取口座については2ページをご参照ください。

連絡欄

3. 障害給付の請求事由や障害の原因である傷病等に関してご記入ください。

(1) この請求は、下の欄にある「障害給付の請求事由」の1から3までのいずれに該当しますか。該当する番号を○で囲んでください。
また、「事後重症請求に関する確認事項」の該当する番号も○で囲んでください。

障害給付の請求事由	事後重症請求に関する確認事項
(1.) 障害認定日による請求 →	1. 「障害認定日による請求」で受給権が発生しない場合は、「事後重症による請求」として障害給付を請求する。 2. 「障害認定日による請求」で受給権が発生しない場合は、「事後重症による請求」による請求は行わない。
(2.) 事後重症による請求 →	1. 「障害認定日による請求」を行った結果、不支給となった。 2. 障害認定日の障害の状態は障害等級に該当しなかったが、その後症状が悪化し障害の状態が重くなった。 3. その他(　　)
(3.) 初めて障害等級の1級または2級に該当したことによる請求	

(2) 障害の原因である傷病についてご記入ください。

	1.	2.	3.
傷病名	右膝関節の機能障害		
傷病の発生した日	(昭和)・平成・(令和) 5年 6月 12日	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
初診日	(昭和)・平成・(令和) 5年 6月 12日	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
初診日において加入していた年金制度	1.国年・(2.厚年)・3.共済・4.未加入	1.国年・2.厚年・3.共済・4.未加入	1.国年・2.厚年・3.共済・4.未加入
現在傷病は治っていますか。※	(1.はい)・2.いいえ	1.はい・2.いいえ	1.はい・2.いいえ
治っているときは治った日※	(昭和)・平成・(令和) 6年 8月 20日	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
障害の原因は第三者の行為によりますか。	1.はい・(2.いいえ) ※「はい」を○で囲んだ場合は、「国民年金・厚生年金保険第三者行為事故状況届」の提出が必要となります。		
傷病の原因は業務上ですか。	(1.はい)・2.いいえ		
この傷病について右に示す制度から保険給付が受けられるときは、その番号を○で囲んでください。請求予定・請求中のときも同様です。	1. 労働基準法　(2.) 労働者災害補償保険法 3. 船員保険法　4. 国家公務員災害補償法 5. 地方公務員災害補償法 6. 公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する法律		
受けられるときは、その給付の種類の番号を○で囲み、支給の発生した日をご記入ください。	(1.) 障害補償給付(障害給付)　2. 傷病補償給付(傷病年金) 昭和・平成・(令和) 6年 10月 15日		

※「治った日」には、その症状が固定し治療の効果が期待できない状態に至った日も含みます。

4. 配偶者および子についてご記入ください。

(1)配偶者についてご記入ください。

⑭ 氏名	14 (フリガナ) タナカ / (氏) 田中	(フリガナ) ミサキ / (名) 美咲 15	⑮ 生年月日	5.昭和 7.平成 58年 3月 20日	性別 1.男 2.女 16
⑯ 個人番号	16		⑯ 基礎年金番号	1 2 3 4 5 0 9 8 7 6	

請求者(年金を受ける方)と配偶者の住所が異なるときは、配偶者の住所をご記入ください。

住所の郵便番号		住所 (フリガナ) 市区町村	

配偶者について、**現在請求中**の公的年金があれば○で囲んでください。(請求中の年金がない場合は記入不要です。)

公的年金制度名	年金の種類
ア. 国民年金法　イ. 厚生年金保険法　ウ. 船員保険法 エ. 国家公務員共済組合法　オ. 地方公務員等共済組合法　カ. 私立学校教職員共済法 キ. その他(　　)	○ 老齢または退職 ○ 障害 ○ 遺族

(2)以下のいずれかに該当する「子」についてご記入ください。

① 18歳になった後の最初の3月31日までにある子
② 20歳未満であって、国民年金法施行令別表に定める障害等級1級・2級の障害の状態にある子

⑰ 子(Ⓐ欄) 氏名	17 (フリガナ) タナカ / (氏) 田中	(フリガナ) ハルト / (名) 陽斗	生年月日	7.平成 9.令和 2年 4月 10日	
個人番号			障害の状態にある・ない	◆診	
⑰ 子(Ⓑ欄) 氏名	(フリガナ) / (氏)	(名)	生年月日	7.平成 9.令和 年 月 日	
個人番号			障害の状態にある・ない	◆診	

職員記入欄
別紙有無
□ 有

＊3人目以降は別紙にご記入の上、この請求書に添付してご提出ください。

5. 生計維持関係の確認のため、以下の申し立てをご記入ください。

請求者(年金を受ける方)によって生計維持されている配偶者や子がいる場合、「加給年金額」や「子の加算額」が加算されることがあります。

以下の2つの要件を満たしているとき、「生計維持されている」といいます。
① 生計を同じくしていること(例) 同居している。単身赴任等で住所が異なっているが生活費を共にしている。
② 収入要件を満たしていること(年収850万円(所得655.5万円)以上を有しないことが認められること。)

生計維持関係に関する申立書

申立日 申立日(記入日) 令和 8年 12月 1日

1. 上記の配偶者(および子)と生計を同じくしていますか。該当するものを○で囲んでください。
(同居している場合や、単身赴任等で住所が異なっているが生活費を共にしている場合は生計を同じくしていることとなります。)

○はい ・ いいえ

2. 請求者(年金を受ける方)によって生計を維持されている方の収入について、該当するものを○で囲んでください。

対象者	(1)年収は850万円未満ですか。(または所得655.5万円未満ですか。)	(1)で「いいえ」に○を付けた方のみご記入ください。 (2)この年金の受給権発生時点において、年収850万円(所得655.5万円)未満ですか。
	収入	
配偶者	はい ・ ○いいえ	○はい ・ いいえ
子(Ⓐ欄の子)	○はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
子(Ⓑ欄の子)	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ