

様式第一号の四 (第5条関係)

(表面)

障害年金額改定請求書

| | | | | | | | |
|---|----------------|------------------|--|---|----|----|------|
| —04—11—11— | | 審査データ番号 | | | | | |
| 障害年金証書の記号番号 | | | | | | | |
| 戦 傷 病 者 | (フリガナ) | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | |
| | 性別 | 生年月日 | | ※ | | | |
| | 男 女 | | | | | | |
| 住 所 | (フリガナ) | | | | | | |
| | | (〒 —) (電話 — —) | | | | | |
| 新 た に 加 給 の 原 因 と な る 扶 養 家 族 | 1 | (フリガナ) | | | 続柄 | 性別 | 生年月日 |
| | | 氏名 | | | | 男女 | |
| | 新たに加給すべき理由及び時期 | | | | | | |
| | 2 | (フリガナ) | | | 続柄 | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | | | | | 男女 | | |
| 新たに加給すべき理由及び時期 | | | | | | | |

(注意) 裏面も記載して下さい。

(裏面)

| | | | |
|---|--------|------------------|----------|
| 相 | (フリガナ) | | |
| | 氏名 | | |
| 続 | 性別 | 生年月日 | 被相続人との続柄 |
| | 男 女 | | |
| 人 | (フリガナ) | | |
| | 住所 | (〒 —) (電話 — —) | |
| 備 | 考 | 予備番号 | |

上記により、「戦傷病者戦没者遺族等援護法」による障害年金の額の改定を請求します。

令和 年 月 日

フリガナ

氏名



厚生労働大臣 殿