

○新潟県心身障害者扶養共済制度条例施行規則

昭和 45 年 4 月 1 日  
新潟県規則第 24 号

新潟県心身障害者扶養共済制度条例施行規則をここに公布する。

新潟県心身障害者扶養共済制度条例施行規則

(趣旨)

第 1 条 この規則は、新潟県心身障害者扶養共済制度条例(昭和 45 年新潟県条例第 8 号。以下「条例」という。)の施行に伴い、必要な事項を定めるものとする。

(加入等の申込み)

第 2 条 条例第 5 条第 1 項の規定による加入の申込みは、加入等申込書(別記第 1 号様式)に次の各号に掲げる書類を添えて知事に提出して行わなければならない。

- (1) 加入申込者及びその扶養する心身障害者の住民票の写し
- (2) 障害証明書(別記第 2 号様式)
- (3) 知事が別に定める申込者告知書

2 条例第 5 条の 3 第 1 項の規定による口数追加の申込みは、加入等申込書(別記第 1 号様式)に前項第 3 号に掲げる申込者告知書を添えて知事に提出して行わなければならない。

3 知事は、第 1 項の加入の申込み又は前項の口数追加の申込みを受けて加入又は口数追加(以下「加入等」という。)を承認するかどうかを決定したときは、その結果を加入等の申込者に通知するものとする。

4 知事は、加入等を承認された者が第 1 回目の掛金を納入したときは、加入等に係る証書を交付するものとする。  
(昭 54 規則 65・全改、平 7 規則 93・平 18 規則 24・平 21 規則 19・一部改正)  
(掛金の納入)

第 3 条 条例第 6 条に規定する掛金は、月払とし、所定の納入通知書により毎月末日までに納入しなければならない。

(昭 54 規則 65・旧第 5 条繰上・一部改正)

(掛金の減免)

第 4 条 条例第 6 条の 2 の規定による掛金の減免は、加入者が次の各号のいずれかの世帯の構成員であるときに、条例第 6 条第 1 項の掛金に当該各号に定める割合を乗じて得た額を減免する。

- (1) 生活保護法(昭和 25 年法律第 144 号)に規定する保護を受けている世帯(同法第 10 条ただし書の規定により、個人を単位として保護の決定が行われているものを除く。) 100 分の 100
- (2) 市町村民税が課せられていない者のみで構成されている世帯(前号に掲げるものを除く。) 100 分の 50
- (3) 市町村民税の所得割を課せられていない者のみで構成されている世帯(前 2 号に掲げるものを除く。) 100 分の 30
- (4) 前 3 号に掲げるもののほか、生活困窮のため掛金を納入することが困難と知事が認めた事由に該当する世帯 知事が定める割合

2 掛金の減免を受けようとする者は、掛金減免申請書(別記第 7 号様式)を知事に提出し、その承認を受けなければならない。

3 知事は、掛金の減免を承認するかどうかを決定したときは、その結果を申請者に通知するものとする。

4 掛金の減免の承認を受けた加入者は、第1項各号に該当しなくなつたときは、速やかに掛金減免事由消滅届(別記第7号様式の2)を知事に提出しなければならない。

5 知事は、偽りその他不正の手段により掛金の減免を受けた者があるときは、その承認を取り消し、減免した掛金を返還させることができる。  
(昭45規則68・追加、昭54規則65・旧第5条の2繰上・一部改正、昭60規則9・平7規則93・平17規則1・平18規則24・一部改正)

(障害状態)

第5条 条例第2条第3項ただし書に規定する規則で定める障害状態は、次の各号に掲げる状態(加入者が制度加入前に既に有していた障害又は加入前の原因により加入後生じた障害によるものに限る。)にある加入者に、既に障害を生じていた身体の同一部位に新たな障害が加重して生じた状態とする。

(1) 1眼の視力を全く永久に失つたもの

(2) 1上肢<sup>し</sup>を手関節以上で失つたもの

(3) 1下肢<sup>し</sup>を足関節以上で失つたもの

(4) 1上肢<sup>し</sup>の用を全く永久に失つたもの

(5) 1下肢<sup>し</sup>の用を全く永久に失つたもの

(6) 1手の母指及び示指を含んで4手指以上を失い、若しくはその用を全く永久に失つたもの又は1手の母指若しくは示指を含んで3手指以上を失い、若しくはその用を全く永久に失い、かつ、他の1手の母指若しくは示指を含んで2手指以上を失い、若しくはその用を全く永久に失つたもの

(7) 1耳の聴力を全く永久に失つたもの

2 条例第7条第3項及び第16条第1項第2号に規定する規則で定める障害状態は、前項各号に掲げる状態(口数追加加入者が口数追加前に既に有していた障害又は口数追加前の原因により生じた障害によるものに限る。)にある口数追加加入者に、既に障害を生じていた身体の同一部位に新たな障害が加重して生じた状態とする。

(昭54規則65・追加、平2規則66・平7規則93・一部改正)

(年金の支給の請求)

第6条 条例第7条の規定による年金の支給を受けようとする者は、年金支給請求書(別記第8号様式)に次に掲げる書類を添えて知事に請求しなければならない。

(1) 加入者の死亡により請求する場合

ア 加入者の死亡診断書若しくは死体検案書又はこれらに代わるべき書類。ただし、当該加入者の死亡が加入した日(口数追加加入者にあつては、口数追加の日)から2年以内のものであるときは、死亡証明書(別記第9号様式)

イ 加入者の住民票の写し(届け出ている氏名と住民票に記載された氏名が異なる場合は、戸籍又は除籍の抄本。以下同じ。)

ウ 心身障害者及び年金管理者の住民票の写し

エ その他知事が必要と認める書類

(2) 加入者の重度障害の状態により請求する場合

ア 知事が別に定める重度障害診断書

イ 加入者、心身障害者及び年金管理者の住民票の写し

ウ その他知事が必要と認める書類

2 知事は、前項に定める年金の支給の請求を受けて年金の支給を決定したときはその旨の通知書及び年金の支給に係る証書を交付し、年金を支給しないことに決定したときはその旨の通知書を申請者に交付するものとする。

(昭 54 規則 65・全改、昭 57 規則 68・平 7 規則 93・平 18 規則 24・平 21 規則 19・一部改正)

(加入証書等の再交付)

第 7 条 新潟県心身障害者扶養共済制度加入証書若しくは新潟県心身障害者扶養共済制度口数追加証書又は新潟県心身障害者扶養共済制度年金証書を亡失し、又は損傷したときは、加入者又は年金受給権者若しくは年金管理者は、加入証書等再交付申請書(別記第 14 号様式)を知事に提出して再交付を受けなければならない。

(昭 54 規則 65・平 7 規則 93・一部改正)

(年金の支給停止の通知等)

第 8 条 条例第 9 条の規定により年金の支給を停止したときは、その旨を年金受給権者又は年金管理者に通知するものとする。

2 知事は、年金の支給停止の事由が消滅したときは、その旨を年金受給権者又は年金管理者に通知するとともに、年金受給権者に年金を支給する。

(昭 54 規則 65・平 18 規則 24・一部改正)

(弔慰金の支給の請求)

第 9 条 条例第 13 条の規定による弔慰金の支給を受けようとする者は、弔慰金支給請求書(別記第 17 号様式)に次に掲げる書類を添えて知事に請求しなければならない。

- (1) 加入者の住民票の写し
- (2) 心身障害者の住民票の写し
- (3) その他知事が必要と認める書類

2 知事は、前項に定める弔慰金の支給の請求を受けて弔慰金を支給するかどうかを決定したときは、その結果を申請者に通知するものとする。

(昭 54 規則 65・全改、平 7 規則 93・平 18 規則 24・一部改正)

(脱退一時金の支給の請求)

第 9 条の 2 条例第 13 条の 2 の規定による脱退一時金の支給を受けようとする者は、脱退一時金支給請求書(別記第 19 号様式)に次に掲げる書類を添えて知事に請求しなければならない。

- (1) 加入者の住民票の写し
- (2) 心身障害者の住民票の写し
- (3) その他知事が必要と認める書類

2 知事は、前項に定める脱退一時金の支給の請求を受けて脱退一時金の支給を決定したときは、その旨を申請者に通知するものとする。

(平 7 規則 93・追加、平 18 規則 24・一部改正)

(脱退等の申出)

第 10 条 条例第 16 条第 1 項第 4 号に規定する脱退の申出及び同条第 2 項第 1 号に規定する口数の減少の申出は、脱退(減少)届(別記第 20 号様式)に、脱退の申出の場合にあつては新潟県心身障害者扶養共済制度加入証書及び新潟県心身障害者扶養共済制度口数追加証書、口数の減少の申出の場合にあつては新潟県心身障害者扶養共済制度口数追加証書を添えて知事に提出して行わなければならない。

(昭 54 規則 65・全改、平 7 規則 93・一部改正)

(届出)

第 11 条 条例第 17 条に規定する届出は、それぞれ次の各号に掲げる書類を提出して行わなければならない。

- (1) 条例第 17 条第 1 項第 1 号、第 2 項第 2 号又は第 3 項第 1 号の届出をする場合 氏名・住所変更届(別記第 21 号様式)

- (2) 条例第 17 条第 1 項第 2 号、第 2 項第 1 号又は第 3 項第 2 号の届出をする場合 死亡・重度障害届(別記第 22 号様式)
- (3) 条例第 17 条第 1 項第 3 号の届出をする場合 年金管理者指定届(別記第 23 号様式)又は年金管理者変更届(別記第 24 号様式)
- (4) 条例第 17 条第 3 項第 3 号の届出をする場合 年金支給停止事由発生・消滅届(別記第 25 号様式)
- (5) 条例第 17 条第 4 項の届出をする場合 年金受給権者現況届(別記第 26 号様式)

2 前項第 5 号に掲げる年金受給権者現況届は、毎年 4 月 1 日における現況を記載し、年金受給権者の住民票の写しを添えて、その年の 5 月末日までに提出しなければならない。

(昭 54 規則 65・全改、昭 57 規則 68・平 7 規則 93・一部改正)

(台帳)

第 12 条 知事は、加入者、心身障害者及び年金管理者並びに年金の支給に関する事項を記載し、整理するため、台帳を作成しておくものとする。

(昭 54 規則 65・旧第 13 条繰上、平 2 規則 66・平 7 規則 93・平 18 規則 24・一部改正)

(事務処理の特例)

第 13 条 条例第 20 条第 7 号の規則で定める事務は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 第 4 条第 2 項の規定による掛金の減免の申請に係る書類の受理及び県への送付
- (2) 第 4 条第 4 項の規定による掛金の減免事由の消滅の届出に係る書類の受理及び県への送付
- (3) 第 6 条第 1 項の規定による年金の支給の請求に係る書類の受理及び県への送付
- (4) 第 7 条の規定による加入証書等の再交付の申請に係る書類の受理及び県への送付
- (5) 第 9 条第 1 項の規定による弔慰金の支給の請求に係る書類の受理及び県への送付
- (6) 第 9 条の 2 第 1 項の規定による脱退一時金の支給の請求に係る書類の受理及び県への送付

(平 12 規則 117・追加)

附 則

この規則は、昭和 45 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(昭和 45 年規則第 68 号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(昭和 49 年規則第 8 号)

この規則は、昭和 49 年 2 月 1 日から施行する。

附 則(昭和 54 年規則第 65 号)

1 この規則は、昭和 54 年 11 月 1 日から施行する。

2 この規則の施行の際、改正前の新潟県心身障害者扶養共済制度条例施行規則の規定により交付された新潟県心身障害者扶養共済制度加入証書及び新潟県心身障害者扶養共済制度年金証書は、改正後の新潟県心身障害者扶養共済制度条例施行規則の規定により交付されたものとみなす。

附 則(昭和 57 年規則第 68 号)

この規則は、昭和 57 年 10 月 1 日から施行する。

附 則(昭和 60 年規則第 9 号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成 2 年規則第 66 号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成 6 年規則第 23 号)

この規則は、平成 6 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(平成 7 年規則第 93 号)

1 この規則は、平成 8 年 1 月 1 日から施行する。

2 この規則の施行の際現に改正前の新潟県心身障害者扶養共済制度条例施行規則の規定により交付されている新潟県心身障害者扶養共済制度加入証書、新潟県心身障害者扶養共済制度特約・口数追加条項付加証書及び新潟県心身障害者扶養共済制度年金証書は、改正後の新潟県心身障害者扶養共済制度条例施行規則の規定により交付されたものとみなす。

附 則(平成 8 年規則第 27 号)抄

(施行期日)

1 この規則は、平成 8 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(平成 11 年規則第 46 号)

この規則は、平成 11 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(平成 12 年規則第 117 号)

この規則は、平成 12 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(平成 13 年規則第 51 号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成 14 年規則第 56 号)

この規則は、平成 14 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(平成 17 年規則第 1 号)

この規則は、公布の日から施行し、改正後の新潟県心身障害者扶養共済制度条例施行規則の規定は、平成 16 年 4 月 1 日から適用する。

附 則(平成 18 年規則第 24 号)

この規則は、平成 18 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(平成 19 年規則第 15 号)

この規則は、平成 19 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(平成 21 年規則第 19 号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成 22 年規則第 15 号)

この規則は、平成 22 年 4 月 1 日から施行する。

別記第 1 号様式(第 2 条関係)

(昭 54 規則 65・全改、平 6 規則 23・平 7 規則 93・平 12 規則 117・平 22 規則 15・一部改正)

加入等申込書

年 月 日

新潟県知事 様

(加入等の申込者)

氏名 印

|                                     |                    |                                |                |                    |       |
|-------------------------------------|--------------------|--------------------------------|----------------|--------------------|-------|
| 新潟県心身障害者扶養共済制度                      |                    | に加入<br>における口数追加を               |                | したいので、新潟県心身障       |       |
| 害者扶養共済制度<br>条例                      |                    | 第 5 条 第 1 項<br>第 5 条 の 3 第 1 項 |                | の規定により、関係書類を添えて申し込 |       |
| みます。                                |                    |                                |                |                    |       |
| 加入等<br>の申<br>込者                     | (ふりがな)<br>氏名       |                                | 男女             | 生年月日               | 年 月 日 |
|                                     | 住所                 |                                |                | 心身障害<br>者との続柄      |       |
| 心身<br>障害<br>者                       | (ふりがな)<br>氏名       |                                | 男女             | 生年月日               | 年 月 日 |
| 口数追加                                |                    | する ・ しない                       |                |                    |       |
| 新潟県心身障害者扶養<br>共済制度に加入の有無            |                    | 有 (加入番号 ) ・ 無                  |                |                    |       |
|                                     | 従前の地<br>方公共団<br>体名 | 加入番号                           | 加入年月日(口数追加年月日) |                    |       |
| 他の心身障害者<br>扶養共済制度か<br>らの転入者の記<br>載欄 |                    |                                | 年 月 日( 年 月 日)  |                    |       |
|                                     |                    |                                | 年 月 日( 年 月 日)  |                    |       |

- 添付書類 1 加入等の申込者及びその扶養する心身障害者の住民票の写し
- 2 障害証明書
- 3 申込者告知書

注 1 記名押印に代えて署名することができます。

2 口数追加のみの申込みの場合には、3の書類だけを添付してください。

第2号様式(第2条関係)

(昭60規則9・全改、平7規則93・平11規則46・平12規則117・平22規則15・一部改正)

|                       |               |        |       |   |       |   |       |
|-----------------------|---------------|--------|-------|---|-------|---|-------|
|                       |               | 障害証明書  |       | 整理番号  |       |   |       |
| ①                     | 障害者の<br>氏名・性別 | (フリガナ) |       | 男<br>女  | ②     | 生<br>年<br>月<br>日  | 年 月 日 |
|                       |               |        |       |   |       |   |       |
| 障<br>害<br>の<br>状<br>況 | ③             | 1 知的障害 |       | A (重度) ・ B  |       |   |       |
|                       | ④             | ア      | 障害の種類 | 視覚、聴覚、平衡機能、音声機能、言語機能、そしやく機能、肢体不自由(上肢・下肢・体幹・運動機能)、心臓機能、じん臓機能、呼吸器機能、ぼうこう機能、直腸機能、小腸機能、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能、肝臓機能 |       |   |       |
|                       |               |        |       | イ   | 障害の程度 | 身体障害者福祉法施行規則(昭和25年厚生省令第15号)別表第5号表による身体障害者障害程度等級<br><br>1級・2級・3級 |       |
|                       | ⑤             | ア      | 障害名   |   |       | (主障害名) (その他の障害名)  |       |
|                       |               |        |       | 3 その他の障害  | イ     | 障害の程度   |       |







|  |      |  |  |  |  |       |   |     |  |
|--|------|--|--|--|--|-------|---|-----|--|
|  |      |  |  |  |  |       |   |     |  |
|  |      |  |  |  |  |       |   |     |  |
|  |      |  |  |  |  |       |   |     |  |
| その他知事が減免を認めた事由                               |      |  |  |  |  |       |   |     |  |
| 市町村長の意見                                      |      |  |  |  |  | 年 月 日 | 印 | ※決定 |  |
|  | 市町村長 |  |  |  |  |       |   |     |  |
| 上記の事項を調査の上、下記のとおり副申します。                      |      |  |  |  |  |       |   |     |  |
| 1 全額免除      2 100分の50減額                      |      |  |  |  |  |       |   |     |  |
| 3 100分の30減額      4 その他(                    ) |      |  |  |  |  |       |   |     |  |
| 5 却下   |      |  |  |  |  |       |   |     |  |

- 注 1 申請者は、記名押印に代えて署名することができます。
- 2 掛金減免事由欄は、該当するところに○印を記入してください。
- 3 その他知事が減免を認めた事由欄は、新潟県心身障害者扶養共済制度条例施行規則第4条第1項第4号に該当することにより掛金の減免の申請をする場合に、その理由を記入してください。
- 4 市町村長の意見欄の記入は、市町村において該当と認めるところの数字を○で囲んでください。
- 5 世帯員の数が多いときは、適切な別紙をはり足してください。

第7号様式の2(第4条関係)

(昭54規則65・全改、平6規則23・平12規則117・一部改正、平18規則24・旧第7号様式の5繰上)

|  |      |  |
|--|------|--|
|  | 加入番号 |  |
|--|------|--|

掛金減免事由消滅届

年 月 日

新潟県知事

様

(加入者)

住所

氏名

印

新潟県心身障害者扶養共済制度条例第6条の2の規定により掛金の減免を受けておりましたが、 年 月 日からその事由がなくなったのでお届けします。

注 記名押印に代えて署名することができます。

第8号様式(第6条関係)

(昭54規則65・全改、昭57規則68・平6規則23・平7規則93・平11規則46・平12規則117・一部改正)

年金支給請求書

| 加入番号     |            | 口数追加の有無                   | 有・無        |
|----------|------------|---------------------------|------------|
| (年金受給権者) | 氏名         | 男<br>女                    | 生年月日 年 月 日 |
|          | 住所         |                           |            |
|          | 障害の種類      | 1 知的障害<br>2 身体障害<br>3 その他 | 障害の程度      |
| 年金管理者    | 氏名         | 男<br>女                    | 生年月日 年 月 日 |
|          | 住所         |                           |            |
|          | 年金受給権者との続柄 |                           |            |
| (加入者)度   | 氏名         | 男                         | 生年月日 年 月 日 |

|                      |   |                      |         |
|----------------------|---|----------------------|---------|
| 障害者死亡・重              |   | 女                    |         |
|                      | 年金受給者との続柄   |                      |         |
| 死亡し、又は重度障害の状態となつた年月日 |   | 年 月 日                | 死亡・重度障害 |
| 死亡又は重度障害の原因となつた傷病名   |   |                      |         |
| 上記のとおり、年金の支給を請求します。  |   |                      |         |
| 年 月 日                |   |                      |         |
|                      |   | 心身障害者<br>又は年金管<br>理者 |         |
| 新潟県知事 様              |   | 氏名                   | 印       |
| 添付書類                 | <p>1 加入者の死亡により請求する場合</p> <p>(1) 加入者の死亡診断書若しくは死体検案書又はこれらに代わるべき書類。ただし、加入者の死亡が加入した日(口数追加加入者にあつては、口数追加の日)から2年以内のものであるときは、別記第9号様式による死亡証明書</p> <p>(2) 加入者の住民票の写し</p> <p>(3) 心身障害者及び年金管理者の住民票の写し</p> <p>(4) その他知事が必要と認める書類</p> <p>2 加入者の重度障害の状態により請求する場合</p> <p>(1) 重度障害診断書</p> <p>(2) 加入者、心身障害者及び年金管理者の住民票の写し</p> <p>(3) その他知事が必要と認める書類</p> |                      |         |

注 記名押印に代えて署名することができます。

第9号様式(第6条関係)

(平7規則93・全改、平13規則51・一部改正)

(表)

死亡証明書

|                     |               |   |                |                     |
|---------------------|---------------|---|----------------|---------------------|
| 1<br>氏名             | 男<br>女        | 2<br>生年月日   | 明治 昭和<br>大正 平成 | 年 月 日               |
| 3<br>住所             |               |   |                |                     |
| 4<br>職業             |               |   |                |                     |
| 5<br>発病年月日          | 年 月 日         | 6<br>初診   | 年 月 日          |                     |
| 7<br>入院             | 年 月 日         | 8<br>退院   | 年 月 日          |                     |
| 9<br>死亡したとき         | 年 月 日         | 午前<br>午後  | 時 分            |                     |
| 10<br>死亡したところ及びその種別 | 死亡したところの種別    | 1 病院 2 診療所 3 介護老人保健施設 4 助産所 5 老人ホーム<br>6 自宅 7 その他 |                |                     |
|                     | 死亡したところ       |   |                |                     |
|                     | 種別 1~5 の施設の名称 |   |                |                     |
| 11                  | I             | (ア)<br>直接死因                                       |                | 発病(発症)又は受傷から死亡までの期間 |
|                     |               | (イ)   |                |                     |
|                     |               | (ア)の原因  |                |                     |

|                                       |                                  |                               |                     |    |       |                 |          |      |
|---------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|---------------------|----|-------|-----------------|----------|------|
| 死亡の原因                                 | (ウ)                              |                               |                     |    |       |                 |          |      |
|                                       | (イ)の原因                           |                               |                     |    |       |                 |          |      |
|                                       | (エ)                              |                               |                     |    |       |                 |          |      |
|                                       | (ウ)の原因                           |                               |                     |    |       |                 |          |      |
| II                                    | 直接には死因に関係しないがI欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等 |                               |                     |    |       |                 |          |      |
| 手術                                    | 1 無<br>2 有                       | 2                             | 部位及び主要所見            |    | 手術年月日 |                 | 年 月 日    |      |
| 解剖                                    | 1 無<br>2 有                       | 2                             | 主要所見                |    |       |                 |          |      |
| 12                                    | 1 病死および自然死                       |                               |                     |    |       |                 |          |      |
| 死因の種類                                 | 外因死                              | 不慮の外因死                        | 2 交通事故 3 転倒・転落 4 溺水 |    |       | 5 煙、火災及び火焰による傷害 |          |      |
|                                       |                                  |                               | 6 窒息 7 中毒 8 その他     |    |       |                 |          |      |
| その他及び不詳の外因死{9 自殺 10 他殺 11 その他及び不詳の外因} |                                  |                               |                     |    |       |                 |          |      |
| 12 不詳の死                               |                                  |                               |                     |    |       |                 |          |      |
| 13<br>外因死の追加事項                        | 傷害が発生したとき                        | 年 月 日                         | 午前<br>午後            | 時分 | 1 従業中 | 2               | 従業中でないとき | 3 不明 |
|                                       | 傷害が発生したところの種別                    | 1 住居 2 工場及び建築現場 3 道路 4 その他[ ] |                     |    |       |                 |          |      |
|                                       | 傷害が発生したところ                       |                               | 都道府県                |    | 市郡    |                 | 区町村      |      |
|                                       | 手段及び状況                           |                               |                     |    |       |                 |          |      |

(裏)

| 14 死亡に直接関係のある既往症(年月日、傷病名、症状経過、医療機関)              |  | お願い訂正の場合必ず証明印による訂正印を捺印願います。 |        |       |       |       |  |  |  |  |  |  |
|--|--|-----------------------------|--------|-------|-------|-------|--|--|--|--|--|--|
| 15 今回の発病(受傷)から初診までの経過                            |  |                             |        |       |       |       |  |  |  |  |  |  |
| 16 初診時の主訴・所見及びその後の経過                             |  |                             |        |       |       |       |  |  |  |  |  |  |
| 治療内容   |  |                             |        |       |       |       |  |  |  |  |  |  |
| 手術名 <span style="float: right;">手術日 年 月 日</span> |  |                             |        |       |       |       |  |  |  |  |  |  |
| 17   | <table border="1"><thead><tr><th>前医<br/>又は<br/>紹介<br/>医</th><th>有<br/>無</th><th>医師名</th><th>医療機関名</th><th>その所在地</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> | 前医<br>又は<br>紹介<br>医         | 有<br>無 | 医師名   | 医療機関名 | その所在地 |  |  |  |  |  |  |
| 前医<br>又は<br>紹介<br>医                              | 有<br>無   | 医師名                         | 医療機関名  | その所在地 |       |       |  |  |  |  |  |  |
|  |  |                             |        |       |       |       |  |  |  |  |  |  |
| 18   | (死因病名やその他の病名を患者又は家族にいつどのように告げられましたか。)  |                             |        |       |       |       |  |  |  |  |  |  |
| 病名を告げた時期   | 本人には( 年 月 日頃)に病名を( )と告げた。  |                             |        |       |       |       |  |  |  |  |  |  |
|  | 家族には( 年 月 日頃)に病名を( )と告げた。  |                             |        |       |       |       |  |  |  |  |  |  |
| 19   | (本人の特徴、身長、体格、酒量、習癖、その他の事項)   |                             |        |       |       |       |  |  |  |  |  |  |
| その他  |  |                             |        |       |       |       |  |  |  |  |  |  |

|                   |             |
|-------------------|-------------|
| 20                | 年 月 日       |
| 死亡診断(死体検案)<br>年月日 |             |
| 上記のとおり証明する。       |             |
| 本証明書発行年月日         | 年 月 日       |
|                   | 所在地         |
|                   | 病院又は診療所等の名称 |
|                   | 医師氏名        |
|                   | 印           |

原本の複写又はコピーの場合はそれぞれに捺印してください。

第 10 号様式から第 13 号様式まで 削除  
(平 21 規則 19)

第 14 号様式(第 7 条関係)  
(昭 54 規則 65・全改、平 6 規則 23・平 7 規則 93・平 12 規則 117・一部改正)

|  |        |  |
|--|--------|--|
|  | 加入番号   |  |
|  | 年金証書番号 |  |

加入証書等再交付申請書

年 月 日

新潟県知事 様

加入者、年金  
受給権者又は  
年金管理者

氏名 印

新潟県心身障害者扶養共済制度 加入証書 口数追加証書 を 亡失 損傷 したので、再交付を申



年金証書

請します。

|                 |    |        |      |           |
|-----------------|----|--------|------|-----------|
| 加入者             | 氏名 | 男<br>女 | 生年月日 | 年 月 日     |
|                 | 住所 |        |      | 心身障害者との続柄 |
| 心身障害者<br>年金受給権者 | 氏名 | 男<br>女 | 生年月日 | 年 月 日     |
|                 | 住所 |        |      |           |
| 年金管理者           | 氏名 | 男<br>女 | 生年月日 | 年 月 日     |
|                 | 住所 |        |      | 心身障害者との続柄 |
| 証書の交付を受けた年月日    |    | 年 月 日  |      |           |

注 記名押印に代えて署名することができます。

第 15 号様式及び第 16 号様式 削除  
(平 18 規則 24)

第 17 号様式(第 9 条関係)

(昭 54 規則 65・全改、平 6 規則 23・平 7 規則 93・平 12 規則 117・一部改正)

弔慰金支給請求書

|  |              |           |                |
|--|--------------|-----------|----------------|
| 加入番号   |              | 口数追加の有無   | 有・無            |
| 加入年月日  | 年 月 日        | 口数追加年月日   | 年 月 日          |
| 加入者  | 氏名           | 男女        | 生年月日<br>年 月 日  |
|  | 住所           | 心身障害者との続柄 |                |
| 心身障害者  | 氏名           | 男女        | 死亡年月日<br>年 月 日 |
|  | 死亡の原因となつた傷病名 |           |                |
| <p>上記のとおり、弔慰金の支給を請求します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p> <p>新潟県知事 様</p> |              |           |                |

- 添付書類 1 加入者の住民票の写し
- 2 心身障害者の住民票の写し
- 3 その他知事が必要と認める書類

注 記名押印に代えて署名することができます。

第 18 号様式 削除  
(平 18 規則 24)

第 19 号様式(第 9 条の 2 関係)

(平 7 規則 93・追加、平 12 規則 117・一部改正、平 18 規則 24・旧第 19 号様式の 2 繰上)

脱退一時金支給請求書

|                        |       |       |    |          |  |
|------------------------|-------|-------|----|----------|--|
| 加入番号                   |       |       |    | 脱退(減少)区分 | 1 1口目脱退(減少)<br>2 2口目脱退(減少)<br>3 1と2の同時脱退 |
| 加入者                    | 氏名    |       | 男女 | 生年月日     | 年 月 日                                    |
|                        | 住所    |       |    |          | 心身障害者との続柄                                |
|                        | 加入年月日 | 年 月 日 |    | 口数追加年月日  | 年 月 日                                    |
| 心身障害者                  | 氏名    |       | 男女 | 生年月日     | 年 月 日                                    |
| 脱退(減少)をした年月            |       |       |    | 年 月      |  |
| 上記のとおり、脱退一時金の支給を請求します。 |       |       |    |          |  |
| 年 月 日                  |       |       |    |          |  |
| 氏名 印                   |       |       |    |          |  |
| 新潟県知事 様                |       |       |    |          |  |

添付書類 1 加入者及び心身障害者の住民票の写し

2 その他知事が必要と認める書類

注 記名押印に代えて署名することができます。

第 20 号様式(第 10 条関係)

(昭 54 規則 65・全改、平 6 規則 23・平 7 規則 93・平 12 規則 117・一部改正)

|  |      |  |
|--|------|--|
|  | 加入番号 |  |
|--|------|--|

脱退(減少)届

年 月 日

新潟県知事 様

(加入者)

住所

氏名

印

新潟県心身障害者扶養共済制度  
条例 第 16 条第 1 項第 4 号  
第 16 条第 2 項第 1 号  
の規定により、

心身障害者扶養共済制度から  
脱退  
年 月 日付で しますのでお届けします。

口数を減少

- 添付書類 1 新潟県心身障害者扶養共済制度加入証書  
2 新潟県心身障害者扶養共済制度口数追加証書

- 注 1 記名押印に代えて署名することができます。  
2 口数の減少の場合にあつては、2 の書類だけを添付してください。

第 21 号様式(第 11 条関係)  
(昭 54 規則 65・全改、平 6 規則 23・平 12 規則 117・一部改正)

|  |        |  |
|--|--------|--|
|  | 加入番号   |  |
|  | 年金証書番号 |  |

氏名・住所変更届

年 月 日

新潟県知事 様

住所

氏名

印

加入者  
 心身障害者  
 年金管理者  
 年金受給権者

年 月 日に

住所  
 氏名

を次のとおり変更したので、  
 新

新潟県心身障害者扶養共済制度条例第 17 条の規定によりお届けします。

|        | 新 | 旧 |
|--------|---|---|
| (ふりがな) |   |   |
| 氏名     |   |   |

|    |  |  |
|----|--|--|
| 住所 |  |  |
|----|--|--|

注 記名押印に代えて署名することができます。

第 22 号様式(第 11 条関係)

(昭 54 規則 65・全改、昭 57 規則 68・平 6 規則 23・平 12 規則 117・一部改正)

|  |        |  |
|--|--------|--|
|  | 加入番号   |  |
|  | 年金証書番号 |  |

死亡・重度障害届

年 月 日

新潟県知事 様

住所

氏名

印

加入者

心身障害者

死亡した

年 月 日に

年金管理者

が 重度障害の状態となつ の  
た

年金受給権  
者

で、新潟県心身障害者扶養共済制度条例第 17 条の規定によりお届けします。

注 記名押印に代えて署名することができます。

第 23 号様式(第 11 条関係)

(昭 54 規則 65・全改、平 6 規則 23・平 12 規則 117・一部改正)

|  |      |  |
|--|------|--|
|  | 加入番号 |  |
|--|------|--|

年金管理者指定届

年 月 日

新潟県知事 様

(加入者)

住所

氏名

印

新潟県心身障害者扶養共済制度条例第 8 条第 1 項の規定により、次の者を年金管理者として指定したので、同条例第 17 条の規定によりお届けします。

年金管理者

住所

(ふりがな)

氏名

(心身障害者との続

柄 )

私は、新潟県心身障害者扶養共済制度条例第 8 条に規定する年金管理者となることに同意し、次の心身障害者の年金を管理し、良き理解者として誠意をもつて心身障害者の保護(養育)にあたることを誓約します。

年 月 日

(年金管理者)

氏名 印

(心身障害者)

住所

氏名

注 記名押印に代えて署名することができます。

第 24 号様式(第 11 条関係)

(昭 54 規則 65・全改、平 6 規則 23・平 12 規則 117・一部改正)

|  |      |  |
|--|------|--|
|  | 加入番号 |  |
|--|------|--|

年金管理者変更届

年 月 日

新潟県知事 様

(加入者)

住所

氏名 印

新潟県心身障害者扶養共済制度条例第 8 条第 3 項の規定により、年金管理者を次のとおり変更したので、同条例第 17 条の規定によりお届けします。

|               |               | 新 | 旧 |
|---------------|---------------|---|---|
| 年金<br>管理<br>者 | ふりがな          |   |   |
|               | 氏名            |   |   |
|               | 住所            |   |   |
|               | 心身障害<br>者との続柄 |   |   |
| 身害            | 氏名            |   |   |



|         |    |   |     |
|---------|----|---|-----|
| 心障<br>者 | 住所 |   |     |
| 変更の理由   |    |   |     |
| 変更の年月日  |    | 年 | 月 日 |

私は、新潟県心身障害者扶養共済制度条例第8条に規定する年金管理者となることに同意し、上記の心身障害者の年金を管理し、良き理解者として誠意をもって心身障害者の保護(養育)にあたることを誓約します。

年 月 日

(年金管理者)

氏名 印

注 記名押印に代えて署名することができます。

第25号様式(第11条関係)

(昭54規則65・全改、平6規則23・平12規則117・一部改正)

|  |        |  |
|--|--------|--|
|  | 年金証書番号 |  |
|--|--------|--|

年金支給停止事由発生・消滅届

|                  |  |       |
|------------------|--|-------|
| 年金受給権<br>者       | 氏名   |       |
|                  | 住所   |       |
| 支給停止の事由が発生・消滅した日 |  | 年 月 日 |
| 支給停止の事由の発生の内容    | 1 心身障害者の所在が1月以上不明である。<br>2 心身障害者が懲役・禁固の刑に処せられ、刑の執行を受けている。<br>3 心身障害者が日本国内に住所を有しない。 |       |

|  |   |                  |  |
|--|---|------------------|--|
| 支給停止の事由の消滅の内容  | 1 心身障害者の所在が明らかとなった。<br>2 心身障害者が懲役・禁固の刑の執行を解かれた。<br>3 心身障害者が日本国内に住所を有するようになった。 |                  |  |
| 上記のとおり、年金の支給停止の事由が   | 発生消滅  | しましたので、新潟県心身障害者扶 |  |
| 養共済制度条例第 17 条の規定によりお届けします。<br><br>年 月 日<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><div style="text-align: right;">(年金管理者)</div> 氏名 印<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>新潟県知事 様 |   |                  |  |

注 記名押印に代えて署名することができます。

第 26 号様式(第 11 条関係)

(昭 54 規則 65・全改、平 6 規則 23・平 7 規則 93・平 12 規則 117・平 19 規則 15・平 21 規則 19・一部改正)

|  |        |  |
|--|--------|--|
|  | 年金証書番号 |  |
|--|--------|--|

年金受給権者現況届

|    |    |  |    |      |       |
|----|----|--|----|------|-------|
| 年金 | 氏名 |  | 男女 | 生年月日 | 年 月 日 |
|----|----|--|----|------|-------|

|   |                   |   |
|---|-------------------|---|
| 受給権者  | 住所                |   |
|   | 年金管理者の有無          | 1 有<br>(1) 父<br>(2) 母<br>(3) 父母<br>(4) 兄弟姉妹<br>(5) その他の親族<br>(6) その他(                    )<br>2 無 |
| 年金受給権者の現況について、新潟県心身障害者扶養共済制度条例第 17 条の規定により、上記のとおりお届けします。<br><br>年 月 日 |                   |   |
|   | 年金受給権者<br>又は年金管理者 |   |
| 新潟県知事 様   |                   | 氏名 印  |

添付書類 年金受給権者の住民票の写し

注 1 記名押印に代えて署名することができます。

2 「年金管理者の有無」欄は、年金受給権者又は年金管理者が記入することができない場合は、市町村等で記入して差し支えありません。