

障害基礎年金・老齢厚生年金・退職共済年金  
加算額・加給年金額対象者の障害該当届

(加算額または加給年金対象者である18歳到達日以後の最初の3月31日までの間にある子が障害の状態となったときの届書)

実施機関等

受付年月日

共通適用  
表示

33	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。											
受給権者	① 個人番号(または基礎年金番号)および年金コード		個人番号(または基礎年金番号)						年金コード			
	② 生 年 月 日		大・昭・平			年	月		日			
と な っ た 障 害 の 状 態 に 該 当 者	③ 氏 名											
	④ 生 年 月 日		平成			年	月		日			
⑤ 障害の状態に該当する原因となった疾病または負傷の傷病名												
⑥ 国民年金法の障害等級(厚生年金保険法または国家公務員共済組合法の障害等級の1・2級)に該当する障害の状態となった年月日			平成			年	月		日			
※	変 更 前						変 更 後					
	生 年 月 日			続柄	障害	生 年 月 日			続柄	障害		
5・7	年	月	日			5・7	年	月	日			
時効区分												

平成 年 月 日 提出 ※印欄には、記入しないでください。

郵便番号 □□□-□□□□

住 所

受給権者

(フリガナ)

氏 名

印

自宅の電話番号 ( ) - ( ) - ( )

⑦	生 計 維 持 申 立			
	加算額・加給年金額の対象者の氏名	生 年 月 日	受給権者との続柄	障害の状態にありますか
		昭和・平成 年 月 日		あ る ・ な い
		平成 年 月 日		あ る ・ な い
		平成 年 月 日		あ る ・ な い
上記の加算額・加給年金額の対象者は、加算の対象となったときから引き続き生計を維持していることを申し立てる。				
平成 年 月 日		受給権者氏名		
		印		

(裏面の『記入上の注意』をよく読んでからご記入ください。)

## 記入上の注意

②の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。生年月日は、たとえば、昭和43

年6月1日生まれの場合は、

大	昭	平	4	3	年	0	6	月	0	1	日
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 のようにご記入ください。

⑦には、配偶者または子（18歳到達日以後の最初の3月31日までの間にある子、ただし、昭和52年4月1日以前に生まれた子については18歳未満の子、または国民年金法および厚生年金保険法の障害等級の1級または2級に該当する障害の状態にある20歳未満の子）のある方は、下欄に引き続き生計を同じくしていることの申立をしてください。

◎受給権者が自ら署名する場合には、受給権者の押印は不要です。

◎黒インクのボールペンで記入してください。

## この届出に添えなければならない書類

- 1 加算額または加給年金額の対象者のうち国民年金法、厚生年金保険法および国家公務員共済組合法の障害等級の1級または2級に該当する障害の状態にある子があるとき（厚生労働大臣から診断書が不要である旨の通知をうけている方を除きます。）は、医師または歯科医師の診断書（この診断書の用紙は、年金事務所にあります。）
- 2 次の病気やけがによるときは、レントゲンフィルム

ア	呼吸器系結核	イ	肺化のう症	ウ	けい肺（これに類似するじん肺症を含む。）
エ	その他認定または審査に際し必要と認められるもの				