

(第5号様式)

障害による退職年金の停止の解除請求書

下記のとおり、地方公務員等共済組合法の一部を改正する法律（平成23年法律第56号）附則第23条第1項の規定により、なお効力を有するものとされた改正前の地方公務員等共済組合法第164条第2項に規定する重度障害の状態にありますので、退職年金の支給停止を解除されるよう必要書類を添えて請求します。

請求日を記入してください

平成 23 年 6 月 30 日

8桁の共済会
会員番号を記入
してください

1. 請求者

証書番号（会員番号）
4 0 8 9 - 9 1 9 1

退職年月日	平成 20 年 4 月 30 日
-------	------------------

必ず捺印してく
ださい

フリガナ	タイ	トシオ	田井年雄
氏名	田井	年雄	

フリガナ	トウヨウトシバヤゲンハラジュクマチアザケシタ5-2-1
住所	〒 001-0123 東京都渋谷区原宿町字竹下5-2-1

生年月日	昭和 37 年 10 月 30 日
------	-------------------

2. 障害の状態

障害の状態 になった日	平成 23 年 4 月 9 日
----------------	-----------------

恩給法 該当項症	第2 項症 第3 号
-------------	------------

請求書の記載事項及び添付書類は正当と認める。

町村議会議員共済会会長 殿

平成 23 年 7 月 15 日

一番町 議会議長 共 済 太 郎

議長印を確認し
てください

証明した日を記入
してください

議長
之
印

町村コード	1 3 9 9 9	町村名	一番町
-------	-----------	-----	-----