様式第21号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 遺族補償年金支給停止解除申請書 | | | 認定番号 |  |
| 地方公務員災害補償基金長崎県支部長　殿  下記のとおり遺族補償年金の支給停止  の解除を申請します。 | | 申請年月日　　　　　　　年　　月　　日 | | |
| 申　請　者　の  年金証書の番号　　　　　第　　　　　号  住　　　　所    　ふりがな  氏　　　　名  　　　　　　 年　　月　　日生（　歳） | | |
| 支給停止となった年月 | 年　　　　　　　　月 | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ＊決定内容 | 年　　月分から解除 | ＊通　　知 | 年　　月　　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ＊ 受　理 (到達した年月日) | 所属部局 | 任命権者 | 基金支部 |
| 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |

〔注意事項〕

１　申請者は、＊印の欄には記入しないこと。

２　この申請書を提出するときには、あわせて年金証書を提出すること。

３　年月日の記載には元号を用いる。