様式第6号の2（第8条関係）

障害補償年金前払一時金請求書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （実施機関の職氏名）  　　　　　　　　　　様  下記の障害補償年金前払一時金を請求します。 | | | | | | 請求日　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | |
| 請求者の住所  氏名 | | | |
| １ | 障害等級 | | | 第　　　　　　　　　級 | | | | | |
| ２ | 既存障害とその  程度 | | |  | | | | | |
| ３ | 障害補償年金の支給決定に関する通知を受けた日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| ４ | 年金証書の番号 | | | 第　　　　　　　　　　　号 | | | | | |
| ５ | 障害補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る障害補償年金の額の合計額 | | | 年　　　　月分から  円  　　　　年　　　　月分まで | | | | | |
| ６ | 請求者が選択する障害補償年金前払一時金の請求金額の計算等 | | | □ | 障害補償年金前払一時金の限度額 | | | (１)　限度額を選択した場合  （補償基礎額）（倍数）  円×　＝　円 | |
| □1,200倍  □1,000倍  □　800倍  補償基礎額の□　600倍  □　400倍  □　200倍  に相当する額 | | | | (２)　限度額以外を選択した場合  （補償基礎額）（倍数）  円×　＝　円 | |
| 請求金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | |
| ７送金希望の場合 | 振込先 | | 銀行　　　支店 | | | | ※受理 | | 年　　月　　日 |
| 預金科目 | | □普通預金□当座預金 | | | | ※決定 | | 年　　月　　日 |
| 振込口座 | 口座番号 |  | | | | ※支払 | | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  | | | | ※決定金額 | | 円 |

（注意事項）

１　請求者は、※印の欄には記入しないこと。

２　「２既存障害とその程度」の欄には、新たに既存の障害の程度を加重した場合のみ記入するものとし、既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当等級を明記すること。

３　「５障害補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る障害補償年金の額の合計額」の欄には、障害補償年金の最初の支払に先立って申し出る場合は記入しないこと。

４　「６請求者が選択する障害補償年金前払一時金の請求金額の計算等」の欄には、請求者が選択する□に***レ***印を記入すること。