別紙4

年 金 額 変 更 請 求 書

① 個　人　番　号				
②　ふりがな 氏　　名		男 女	③ 生年月日	年　　月　　日
④ 現　住　所				
⑤ 現に支給を受けている年金	（等　　級）　　級 （年金証書番号）			
⑥ 他の等級への該当年月日	年　　月　　日			
⑦ 障害の程度が増進するに至った経過及び障害の現況				

上記のとおり、年金の額を変更されたく、必要書類を添えて請求します。

令和　　年　　月　　日

請求者氏名

市　町　村　長　　殿

⑧ 同　意　欄	私は、個人番号を通じて自身の税情報を提供することに同意します。 本人署名　　印 （※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び医療を受けた者との続柄を記載）

（A4）

（注　意）

1. ①の欄は、請求者の個人番号を記入してください。
2. ②～④の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
3. ⑤の欄は、現に支給を受けている障害年金について、障害等級及び年金証書番号を記入してください。
4. ⑥の欄は、他の障害等級への該当年月日を記入してください。
5. ⑦の欄は、障害の程度が増進するに至った経過及び障害の現況を具体的に記入してください。
6. ⑧個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。