

(第24号様式)

## 障害による退職年金の停止の解除請求書

議員であつた者の氏名		退職当時の所属議会			
生年月日	年 月 日	年金証書番号	—		
障害の状態		証書の日付	年 月 日	年金額	円
		障害の状態となった日	年 月 日		
		年金振込の金融機関、郵便局	(フリガナ) 名 称	農・漁業 支所 銀行・信用金庫 支店 郵便局	
		口座番号	普通・当座 第 号		

上記のとおり退職年金の支給の停止の解除を請求します。

令和 年 月 日

〒 -

〔請求者〕 (フリガナ) 住 所

(フリガナ) 氏 名

印

都道府県議会議員共済会会長 殿

上記請求書は請求者から正当に提出されたことを認める。

令和 年 月 日

議会議長

印

(注意)

この請求書に添える必要書類は次のとおりです。

- (1) 請求当時の診断書
- (2) 年金証書