様式第１４号（第10条関係）

学校医等公務災害補償遺族補償年金支給停止解除申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 八頭町教育委員会　様 | | | 申請年月日 | | | | 年　　　　　　月　　　　　　日 | | |
| 申請者 | | 年金証書の番号 | | 第　　　　　　　　　　　　　号 | | |
| 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。 | | | 住所 | |  | | |
| 氏名 | | ㊞ | | |
| 生年月日 | | 年　　　　　　月　　　　　　日 | | |
| 支給停止となった年月 | | 年　　　　　　月 | | | | | | | |
| ※  　受理年月日 |  | | | ※  決定年月日 | |  | | ※  決定内容 | 年　　月分から解除 |

備考

１　申請書は、※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、併せて年金証書を提出すること。