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。