

恩給受給権調査申請書

申請区分	恩給受給権調査				
申請日					
申請目的					
公務員 (軍人等)	ふりがな 氏名			旧姓	
	生年月日	明・大・昭	年	月	日
	死亡年月日	大・昭・平	年	月	日
	最終階級				
	終戦当時の 本籍地	都道府県	市・郡	町・村	番地
	職歴	軍人等以外に公務員として勤務したこと 有 / 無			
配偶者	いない / いる (現在 生存 / 死亡)				
申請者	ふりがな 氏名			公務員と の続柄	1. 本人 2. 公務員の「 」
	住所	〒			
	電話番号				
申請者が軍人等本人以外の場合は理由を記入してください。		1 本人から委任を受けたため 2 本人が病気等により請求できないため 3 その他(理由:)			
軍歴事項 わかる範囲で記入してください。不明の場合は記入不要です。資料等あれば添付してください。					
年 月 日	任官・進級		在職年関係・その他		

書類の提出先

〒380-8570 (住所記載不要)

長野県健康福祉部地域福祉課自立支援・援護係 あて

電話 026-235-7094 (直通)

添付書類 ①申請者の本人確認ができる書類(運転免許証等)のコピー

②旧軍人等の配偶者、六親等内の血族及び三親等内の姻族(以下「配偶者等」という。)が申請する場合は、旧軍人等と配偶者等との関係が分かる戸籍(コピー可)

③申請者が旧軍人等本人から委任を受けた方の場合、委任状及び委任者の本人確認ができる書類のコピー

④申請者が旧軍人等本人の代理人である場合は、旧軍人等との関係がわかる戸籍(コピー可)又は登記事項証明書(別紙目録がある場合は目録も含む)のコピー

⑤申請者が旧軍人等の配偶者等から委任を受けた者である場合は、委任状及び委任者の本人確認ができる書類のコピー及び旧軍人等と配偶者等との関係がわかる戸籍(コピー可)

⑥申請者が旧軍人等の配偶者等の代理人である場合は、旧軍人等と配偶者等との関係がわかる戸籍(コピー可)及び配偶者等が申請できない理由書及び配偶者等の代理人であることがわかる登記事項証明書(コピー可)