別記第6号（第8条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （実施機関の職氏名）  　　　　　　　　　　　　　　　様  下記のとおり障害補償の変更を請求します。 | | | 請求年月日　　　　　年　　月　　日 |
| 請求者の年金 　　　　　　第　　　　号  住所  ふりがな  氏名 |
| １　現在受けている障害補償年金の障害等級 | | 第　　　　　　　　　　　　級 | |
| ２　現在受けている障害補償年金の支給が開始された年月 | | 年　　　　　　　　月 | |
| ３　障害の程度に変更があつた年月日 | | 年　　　　　月　　　　　日 | |
| ４　変更後の障害の部位及びその程度 | | （第　　　級） | |
| ５　変更後の障害補償請求金額 | 年金 | （年金補償基礎額）　（倍数）  　　　　　　　　円×　　　　＝　　　　　円 | |
| 一時金 | （補償基礎額）　　　（倍数）  　　　　　　　　円×　　　　＝　　　　　円 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ＊受理 | 年　　月　　日 | ＊通知 | □変更　　　□不変更  　　年　　月　　日 |
| ＊ | 第　　　　　級 |
| ＊決定金額 | □年　金　　　　　　円  □一時金　　　　　　円 | ＊ | 年　　月　　日 |
| ＊ | 年　　 　月 |

〔注意事項〕

１　請求者は，＊印の欄には記入しないこと。

２　「４　変更後の障害の部位及びその程度」の欄の記入事項が添付する診断書の記載事項と同じであるときは「診断書のとおり」と記入すること。

３　この請求書には，障害の程度に変更があった時期の決定及び変更後の障害等級の決定に必要な医師の診断書とその他の資料を添付すること。