

様式第29号(第13条関係)(用紙 日本産業規格A4縦型)

市町名		受 付 年 月 日		送 付 年 月 日	
-----	--	--------------	--	--------------	--

年金証書番号	
--------	--

年金支給停止事由 発 生 届  
消 滅

年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

(年金管理者)

住 所

氏 名

次のとおり年金の支給停止事由が<sup>発生</sup>消滅したので、静岡県心身障害者扶養共済制度条例

第20条第3項第3号の規定により届け出ます。

年金受給権者	氏 名	
	住 所	
支給停止事由が	発生 消滅	した日 年 月 日
支給停止事由 発生の内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>年金受給権者の所在が1か月以上不明である。</li> <li>年金受給権者が懲役又は禁錮の刑に処せられ、刑の執行を受けている。</li> <li>年金受給権者が日本国内に住所を有しない。</li> </ol>	
支給停止事由 消滅の内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>年金受給権者の所在が明らかになった。</li> <li>年金受給権者が懲役又は禁錮の刑の執行を終えた。</li> <li>年金受給権者が日本国内に住所を有するようになった。</li> </ol>	