

① 問合せ先

書類についての問合せ先：

作成者：沖縄市社会福祉協議会 安慶名（あげな） 098-933-5005

独立行政法人 福祉医療機構 年金貸付課 TEL：03-3438-0224  
FAX：03-3438-9962

② 送付先

〒105-8486 港区虎ノ門 4-3-13 秀和神谷町ビル 9F  
「独立行政法人 福祉医療機構 年金貸付課」

③ 送付の注意

本人の意思であることを証明するために「サインは直筆」で行う。  
代筆の場合、代筆者の氏名等を記入し、本人の拇印を押す。

※ あくまで“本人の任意”による手続きであるため、100%停止することはできない。  
完全に停止するためには、後見人等の法定代理人となることが求められる。

平成 年 月 日

独立行政法人 福祉医療機構 御中

送付者 \_\_\_\_\_

### 年金担保貸付の利用停止について（お願い）

時下、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

標記の件につきまして、私 \_\_\_\_\_ は、年金担保貸付を利用することはいたしません。（利用停止解除の通知を行う場合、下記の親族及び支援者の了解をもって行います。万が一、年金担保貸付の申込み及び利用停止解除の通知がなされた場合、下記の支援者へ連絡をするようお願いいたします。）

記

#### 停止者

基礎年金番号・年金コード \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_ 県 \_\_\_\_\_ 市・町・村 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 \_\_\_\_\_ 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

電話番号 \_\_\_\_\_

#### 親 族

住 所 \_\_\_\_\_ 県 \_\_\_\_\_ 市・町・村 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印) 利用者との関係 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

#### 支援者(関係機関)

住 所 \_\_\_\_\_ 県 \_\_\_\_\_ 市・町・村 \_\_\_\_\_

機 関 名 \_\_\_\_\_ (印) 担当者 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※ 書面に対する問合せ等がございましたら、支援者までご連絡ください。