

APPLICATION FOR CANADA PENSION PLAN DISABILITY BENEFITS UNDER THE AGREEMENT BETWEEN CANADA AND JAPAN ON SOCIAL SECURITY

J/CAN 1.1

社会保障に関する日本国とカナダとの間の協定に基づくカナダ年金制度法による障害年金の申請書

Personal Information Bank  
HRSDC PPU 175  
個人情報バンク

In which language do you wish to receive your correspondence?  
通信文はどちらの言語を希望しますか?  
 英語  フランス語

Please:  Read the enclosed guide  
同封の要領をお読みください

SECTION 1 - INFORMATION ABOUT THE CONTRIBUTOR セクション1- 被保険者に関する情報

1. Japanese Basic Pension Number or Number on Pension Handbook  
日本の基礎年金番号又は年金手帳番号  
Canadian Social Insurance Number  
カナダの社会保険番号

2.  Male / 男  Female / 女  
Given Name / 名 Family Name / 姓 Family Name at Birth / 出生時の姓

3. Name on Canadian Social Insurance Card  
カナダ社会保険カードの氏名  
 same as in question 2 or / 質問2に同じ  
4. Date of Birth (Please provide birth certificate or Family Register)  
生年月日(出生証明書又は戸籍抄本を提出してください)  
Year / 年 Month / 月 Day / 日

5. Marital Status  Single / 独身  Married / 既婚  Separated / 別居  Widowed / 寡婦・寡夫  Divorced / 離婚  Common-Law / 内縁関係  
婚姻状況

6. Home Address (No., Street, Apt. No.) / 自宅住所(番地及び通り、部屋番号)  
Postal Code / 郵便番号 City, Town or Village / 市町村 Country / 国

7. Mailing Address (No., Street, Apt. No.)  
郵送先住所(番地及び通り、部屋番号)  same as in question 6 or / 質問6に同じ  
8. In which Canadian province did you last reside?  
最後に居住していたカナダの州

9. Indicate periods of residence and/or periods of employment in a country other than Canada and Japan.  
カナダと日本以外の国での居住(雇用)期間を記入してください。

Name of Country 国名	Social Security Number in that Country 左の国での 社会保障番号	Residence / 居住期間				Employment / 雇用期間				Has a benefit been requested? これまでの 給付請求の有無	
		From / 開始		To / 終了		From / 開始		To / 終了		Yes あり	No いいえ
		Year 年	Month 月	Year 年	Month 月	Year 年	Month 月	Year 年	Month 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Since January 1, 1966, have you or your spouse or common-law partner been eligible for Canadian Family Allowances or the Child Tax Benefit for a child born after December 31, 1959?  
1966年1月1日以降、申請者又は配偶者・内縁関係にある人に1959年1月1日以降に生まれた子についてのカナダ家族手当又はカナダ児童手当(Child Tax Benefit)の受給資格がありましたか?  
Contributor  はい  いいえ Spouse or Common-law partner  はい  いいえ  
被保険者  はい  いいえ 配偶者又は内縁関係にある人  はい  いいえ

SECTION 2 - INFORMATION ABOUT THE CONTRIBUTOR'S CHILDREN / セクション2- 被保険者の子に関する情報

11. Do you have children under the age of 18 in your custody and control?  
監護下及び監督下にある18歳未満の子がいますか?  
 Yes / はい If "Yes", please complete question 11 and attach a birth certificate or Family Register for each child.  
 No / いいえ 「はい」の場合、質問11に漏れなく記入し、子供一人一人に関して出生証明書又は戸籍抄本を添付してください。  
Do you have children between the ages of 18 and 25 in full time attendance at school or university?  
全日制の学校又は大学に就学する18歳から25歳までの子がいますか?  
 Yes / はい  No / いいえ If "Yes", each child should complete a separate application.  
「はい」の場合、その子供一人一人が他の申請書に記入しなければなりません。

11A. Child's Given Name / 子の名 Family Name / 姓

Male / 男  Female / 女 Date of Birth  
生年月日 Year / 年 Month / 月 Day / 日

Natural child  Legally adopted child  Other  
実子 法律上の養子 その他  
If you answered "Other", please explain the circumstances:  
「その他」と答えた場合には、状況を説明してください。

SECTION 2 - INFORMATION ABOUT THE CONTRIBUTOR'S CHILDREN (CONTINUED) / セクション2- 被保険者の子に関する情報(続き)											
11B. Child's Given Name / 子の名	Family Name / 姓	For use by the Japanese competent institution only 日本の実施機関用使用欄									
<input type="checkbox"/> Male / 男 <input type="checkbox"/> Female / 女	Date of Birth 生年月日	Year / 年    Month / 月    Day / 日 Verified by: 確認者:									
<input type="checkbox"/> Natural child <input type="checkbox"/> Legally adopted child <input type="checkbox"/> Other 実子    法律上の養子    その他											
If you answered "Other", please explain the circumstances: 「その他」と答えた場合には、状況を説明してください。											
IF THERE IS NOT SUFFICIENT SPACE TO LIST ALL YOUR CHILDREN IN QUESTION(S) 11 AND/OR 12, PLEASE USE A SEPARATE SHEET OF PAPER AND ATTACH IT TO THIS APPLICATION. 質問11及び／又は質問12で該当するすべての子を挙げる事ができるスペースがない場合、別用紙を利用して本申請書に添付してください。											
12. If you have a natural or legally adopted child under the age of 18, in the custody and control of someone else, please provide the following information: 他者の監護下及び監督下にある18歳未満の実子又は法律上の養子がいる場合には、次の情報を提供してください:											
12A. Child's Full Name / 子の氏名	Custodian's Full Name / 監護者の氏名	Custodian's Address / 監護者の住所									
12B. Child's Full Name / 子の氏名	Custodian's Full Name / 監護者の氏名	Custodian's Address / 監護者の住所									
13. On behalf of any of your children listed in question 11, has an application been made for, or have benefits been received from: 質問11で挙げた子のいずれかに関して以下について給付を申請したこと又は受給したことがありますか:											
<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">APPLIED / 申請済</td> <td style="text-align: center;">RECEIVED / 受給済</td> </tr> <tr> <td>Canada Pension Plan カナダ年金制度</td> <td><input type="checkbox"/> Yes はい    <input type="checkbox"/> No いいえ</td> <td><input type="checkbox"/> Yes はい    <input type="checkbox"/> No いいえ</td> </tr> <tr> <td>Quebec Pension Plan ケベック年金制度</td> <td><input type="checkbox"/> Yes はい    <input type="checkbox"/> No いいえ</td> <td><input type="checkbox"/> Yes はい    <input type="checkbox"/> No いいえ</td> </tr> </table>				APPLIED / 申請済	RECEIVED / 受給済	Canada Pension Plan カナダ年金制度	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	Quebec Pension Plan ケベック年金制度	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
	APPLIED / 申請済	RECEIVED / 受給済									
Canada Pension Plan カナダ年金制度	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ									
Quebec Pension Plan ケベック年金制度	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ									
If you answered "Yes" to either of the above, indicate under which Social Insurance Number. 上記のいずれかが「はい」の場合、該当する社会保険番号を記載してください:											
Social Insurance Number 社会保険番号		Social Insurance Number 社会保険番号									
IT IS AN OFFENCE UNDER CANADIAN LAW TO MAKE A FALSE OR MISLEADING STATEMENT IN THIS APPLICATION 本申請において虚偽の記載又は誤解を招く記載を行った場合は、カナダ法に対する違法行為となります。											

SECTION 3 - TO BE SIGNED BY THE APPLICANT AND, IF APPLICANT SIGNS WITH MARK, BY A WITNESS. セクション3- 申請者の署名。申請者が文字以外の記号によって署名する場合には証人も署名。 NOTE: If you are applying on behalf of the applicant, indicate on a separate sheet of paper your full name and address, and the reason you are making this application. 注: あなたが申請者に代わって申請している場合、別紙にあなたの氏名、住所及びこの申請を代行している理由を記入してください。	
14. DECLARATION OF APPLICANT / 申請者の宣誓 I hereby apply for a disability benefit under the <i>Canada Pension Plan</i> and declare that, to the best of my knowledge, the information herein is true and complete. I agree to notify Human Resources Development Canada of any changes in circumstances which may affect my eligibility to benefits. I authorize the Japanese competent institution to furnish to Human Resources Development Canada all the information and evidence in its possession which relate or could relate to this application for benefits. In addition, I realize that my personal information governed by the <i>Privacy Act</i> of Canada may be disclosed where authorized under the <i>Canada Pension Plan</i> . 私は本書により、カナダ年金制度による障害者年金を申請し、私の知る限りにおいて、本申請書に記載された情報は真正かつ完全であることを宣誓します。私は受給資格に影響を及ぼす可能性がある状況の変化をカナダの人材開発省に通知することに同意します。私は日本の実施機関が有する本給付申請に関わる又は関わる可能性のある情報および証拠を同機関がカナダの人材開発省に提供することを認めます。さらに、私は、カナダの個人情報保護法により規制される私の個人情報カナダ年金制度のもとで認められる場合には開示されることがある旨を理解しています。 SIGNATURE OF APPLICANT / 申請者の署名	DECLARATION OF WITNESS 証人の宣誓 I have read the contents of this application to the applicant who appeared to fully understand them and who made his or her mark in my presence. 私は本申請書の内容を申請者に読みあげました。申請者は十分理解したようであり、私の面前で記号を書きました。 Signature of Witness 証人の署名 Name of Witness (please print) 証人の氏名(活字体で記入してください) Address of Witness 証人の住所
Date of Application / 申請日 Year / 年    Month / 月    Day / 日 Telephone Number (including area, city or regional code) 電話番号(市外局番を含む) [    ]	NOTE: Signature by mark is acceptable if witnessed by any responsible person who must complete the declaration opposite. 注: 文字以外の記号による署名は、責任あるものが証人として署名する場合にのみ受け入れられます。証人は右記の宣誓に記入しなければなりません。

TO BE COMPLETED BY THE LIAISON AGENCY IN CANADA / カナダ連絡機関記入欄			
Date of Receipt Year    Month    Day	Eligibility Date Year    Month    Day	Date of Payment Year    Month    Day	Age A    B    T
Certified by:	Date	Verified by:	Date