

APPLICATION FOR CANADA PENSION PLAN CHILD'S BENEFITS UNDER THE AGREEMENT BETWEEN CANADA AND JAPAN ON SOCIAL SECURITY  
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児童手当の申請書

J/CAN 1.2  
Personal Information Bank  
HRSDC PPU 175  
個人情報バンク

- Benefit for Child Age 18 to 25 and in full time attendance at school or university.
- The "Declaration of attendance at school or university" on reverse must be completed in support of this application.
- 全日制の学校又は大学に就学する18歳から25歳までの子に関する給付
- 本申請に加え、裏面の「学校又は大学の就学申告書」に記入しなければなりません。

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

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

1A. Contributor's Canadian Social Insurance Number / 被保険者のカナダの社会保険番号	1B. Sex / 性別 <input type="checkbox"/> Male / 男 <input type="checkbox"/> Female / 女	For use by the Japanese competent institution only 日本の実施機関使用欄 Date of receipt: 受付日 Verified by: 確認者
2. <input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Ms Given Name / 名 Initial / イニシャル Family Name / 姓		
3. Contributor's Address (No., Street, Apt. No.) / 被保険者の住所(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		

SECTION B - INFORMATION ABOUT THE CHILD OF THE CONTRIBUTOR / セクションB- 被保険者の子に関する情報

4A. Child's Canadian Social Insurance Number / 子のカナダの社会保険番号	4B. Sex / 性別 <input type="checkbox"/> Male / 男 <input type="checkbox"/> Female / 女
5. <input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Ms Given Name / 名 Initial / イニシャル Family Name / 姓	
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、通り、部屋番号) <input type="checkbox"/> same as question 6 or / 質問6に同じ Postal Code / 郵便番号 City, Town or Village / 市町村 Country / 国	
8. 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	For use by the Japanese competent institution only 日本の実施機関使用欄 Verified by: 確認者
9A. Have you ever applied for or received a benefit from: / これまでに給付の申請をしたこと又は受給したことがありますか: Canada Pension Plan / カナダ年金制度 <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	9B. If "Yes", indicate under which Social Insurance Number. / 「はい」の場合、該当する社会保険番号を記載してください。
10. Are you a natural or legally adopted child of the contributor? / あなたは実子又は法律上の養子ですか? <input type="checkbox"/> Yes / はい <input type="checkbox"/> No / いいえ	If legally adopted, indicate date of adoption. / 法律上の養子である場合、養子となった日を記入してください。 Year / 年 Month / 月 Day / 日

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 C - DECLARATION OF CHILD / セクションC- 子の宣誓

11.  I hereby apply for a Disabled Contributor's Child's Benefit / 私は本書により障害を持つ被保険者の児童手当を申請し、  
 I hereby apply for a Surviving Child's Benefit / 私は本書により遺族児童手当を申請し、

and declare that, to the best of my knowledge and belief, 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. 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 Privacy Act of Canada may be disclosed where authorized under the Canada Pension Plan.  
私が知り信じる限りにおいて、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は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のある旨を理解しています。

SIGNATURE OF APPLICANT / 申請者の署名 DATE OF APPLICATION / 申請日 TELEPHONE NUMBER (Including area, city or regional code) / 電話番号(市外局番を含む)

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	Date	

**DECLARATION OF ATTENDANCE AT SCHOOL OR UNIVERSITY**  
**学校又は大学の就学申告書**

12. Contributor's Canadian Social Insurance Number 被保険者のカナダの社会保険番号
---

**SECTION D - TO BE COMPLETED BY THE STUDENT / セクションD- 学生が記入する欄**

13. Student's Canadian Social Insurance Number / 学生のカナダ社会保険番号	Given Name / 名	Family Name / 姓
---	----------------	-----------------

14. Enrolled as a student at (Name of school, University, College, Junior College, Training Centre)  
在学中の教育機関(学校、大学、短大、専門学校等)の名称

15A. Type of Enrollment / 就学区分 <input type="checkbox"/> Full-time 全日制 <input type="checkbox"/> Evening 夜間制 <input type="checkbox"/> Other その他	If you answered "EVENING" or "OTHER", please explain in 17 below. 「夜間制」又は「その他」と答えた場合には、下記17で説明してください。	15B. Enrolled in (Specify course, Grade or Faculty) 在籍先(課程、学年又は学部を明示してください)
--	--	--

16A. Number of hours per week you are required to attend above course, grade or faculty. 上記課程・学年又は学部の週あたり必要出席時間数 (Hours per week) (週あたり時間)	16B. When did or will your attendance begin? 出席開始時期 Year / 年 Month / 月	16C. When did or will your attendance end? 出席終了時期 Year / 年 Month / 月
---	--	--

17. REMARKS (Give duration and reasons for any absence(s) during the above academic year plus any additional explanation with reference to question 15A above).  
備考(上記の就学期間中の欠席期間及び欠席の理由及び上記質問15Aに関する追加説明)

**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。**

I hereby declare that, to the best of my knowledge and belief, the information given herein is true and complete. I UNDERTAKE TO NOTIFY HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT CANADA SHOULD I INTERRUPT OR TERMINATE MY ATTENDANCE AT SCHOOL OR UNIVERSITY. I hereby authorize the above school or university to furnish Human Resources Development Canada with all the information regarding my enrollment and attendance.  
私は、私が知り信じる限りにおいて、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、私が学校又は大学での就学中を中断又は終了する場合、カナダ人材開発省に通知することを約束します。私は、上記学校又は大学が私の在籍及び出席情報をカナダ人材開発省に提供することを認めます。

SIGNATURE OF STUDENT / 学生の署名	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)
	[           ]	[     ]

**SECTION E - TO BE COMPLETED BY SCHOOL OR UNIVERSITY / セクションE- 学校又は大学が記入する欄**

To the best of my knowledge and belief, the answers to the questions in Section D above are correct unless otherwise stated below.  
私を知り信じる限りにおいて、以下に別途明示がない限り、セクションDの質問への回答に間違いありません。

Name and Address of School or University 学校又は大学の名称及び所在地	Name of Authorized Person 責任者氏名	
	Signature 署名	
	Title 職責名	
	Date 日付 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) [     ]