

APPLICATION FOR CANADIAN OLD AGE, RETIREMENT AND SURVIVORS BENEFITS UNDER THE AGREEMENT BETWEEN CANADA AND JAPAN ON SOCIAL SECURITY

J/CAN 1

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

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
カナダ老齢、退職及び遺族年金の申請

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?
 English / 英語 French / 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 - TO BE COMPLETED BY ALL APPLICANTS / セクション1- すべての申請者が記入

1. Social Security Numbers of the Contributor or Applicant for an Old Age Security Pension
老齢保障年金に対する被保険者又は申請者の社会保険番号
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. Indicate the benefits for which you wish to apply and submit the required documentation.
申請及び必要書類の提出を希望する給付

A. BENEFIT BASED ON RESIDENCE IN CANADA AFTER REACHING AGE 18:
18歳以降のカナダ居住を基準とする給付:

Old Age Security Pension / 老齢保障年金
Complete: SECTIONS 1, 2, 3 and 7 / 記入部分: セクション1、セクション2、セクション3及びセクション7
Submit: 提出書類: a birth certificate or Family Register / 出生証明書又は戸籍抄本
Indicate: 記入: date of birth / 生年月日

Retirement Pension / 退職年金
Complete: SECTIONS 1, 2, 4 and 7 / 記入部分: セクション1、セクション2、セクション4及びセクション7
Submit: 提出書類: a birth certificate or Family Register / 出生証明書又は戸籍抄本
Indicate: 記入: date of birth / 生年月日

Survivor's Pension / 遺族年金 Surviving Child's Benefits / 児童手当 Death Benefit / 死亡手当
Complete: SECTIONS 1, 2, 5, 6 (if necessary) and 7
記入部分: セクション1、セクション2、セクション5、セクション6(該当する場合)及びセクション7
Submit: 提出書類: a death certificate or Family Register / 死亡証明書又は戸籍抄本
Indicate: 記入: date of death / 死亡日
date of birth of the deceased contributor / 死亡した被保険者の生年月日
date of birth of the survivor / 遺族の生年月日
date of marriage / 婚姻日

* IF APPLYING FOR A DEATH BENEFIT ONLY, SUBMIT THE CONTRIBUTOR'S DEATH AND BIRTH CERTIFICATES OR FAMILY REGISTER ONLY.
死亡手当のみを申請する場合、被保険者の死亡証明書及び出生証明書又は戸籍抄本のみを提出してください。

IF YOU WISH TO APPLY FOR A CANADA PENSION PLAN DISABILITY BENEFIT, PLEASE COMPLETE FORM J/CAN 1.1 WHICH IS AVAILABLE FROM THE SAME OFFICE FROM WHICH YOU OBTAINED THIS FORM.
カナダ年金制度による障害年金に申請する場合には、申請書様式J/CAN 1.1を使用してください。この様式は、本様式を入手したのと同じ事務所で入手できます。

For use by the Japanese competent institution only
日本の実施機関使用欄
Date of receipt:
受理日:
Verified by:
確認者:
 Attached
添付
 Attached
添付
Verified by:
確認者:

SECTION 2 - GENERAL INFORMATION ABOUT THE CONTRIBUTOR OR APPLICANT FOR AN OLD AGE SECURITY PENSION
(To be completed by all applicants)

セクション 2. 老齢保障年金の被保険者又は申請者に関する一般情報(すべての申請者が記入)

3. Male / 男性 Female / 女性

4. Given Name / 名 _____ Family Name / 姓 _____ Family Name at Birth / 出生時の姓 _____

5. Address (No. and Street, Apt. No.) / 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 _____

6. Mailing Address 郵送先住所 Same as in question 5 or 5. に同じ又は

7. Place of Birth / 出生地 _____

8. Name on Canadian Social Insurance Card カナダ社会保険カードの氏名
 same as in question 4 or 4. に同じ

9. Indicate periods of residence and/or periods of employment in a country other than Canada and Japan.
カナダ及び日本以外の国での居住期間及び/又は雇用期間

Name of Country 国名	Social Security Number in that Country 当該国での社会保険番号	Residence / 居住				Employment / 雇用				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 / なし
		Year 年	Month 月	Year 年	Month 月	Year 年	Month 月	Year 年	Month 月		

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, 1958?
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は、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)

Contributor 被保険者 Yes はい No いいえ

Spouse or common-law partner 配偶者又は内縁関係にある人 Yes はい No いいえ

11A. Marital Status 婚姻状況
 Single / 独身 Married / 既婚 Separated / 別居
 Widowed / 寡婦・寡夫 Divorced / 離婚 Common-Law / 内縁関係

11B. Spouse or common-law partner's full name 配偶者又は内縁関係にある人の姓名 _____

11C. Spouse or common-law partner's date of birth 配偶者又は内縁関係にある人の生年月日 _____ Year / 年 _____ Month / 月 _____ Day / 日 _____

SECTION 3 - TO BE COMPLETED WHEN APPLYING FOR AN OLD AGE SECURITY PENSION (Otherwise, proceed to SECTION 4)
セクション 3- 老齢保障年金を申請する場合に記入(それ以外はセクション 4に進んでください)

12. If born outside Canada, give date and place of entry into Canada.
出生地がカナダ国外の場合、カナダへの入国日及び入国地を記入してください

Year / 年 _____ Month / 月 _____ Day / 日 _____ Place of entry / 入国地 _____

13. Indicate the legal status of your residence in Canada at the time of your departure from Canada / カナダ出国時のカナダでの法的在留資格

Canadian Citizen カナダ国民 Permanent Resident (Landed Immigrant) 永住者(永住許可移民) Admitted on a Minister's Permit 大臣許可に基づく入国

Other (specify) その他(明示してください) _____

14. List the places where you have lived from birth to the present. Do not include changes within the same city, town or village.
(If more space is needed, provide the information on a separate sheet of paper)
出生時から現在までの居住場所を挙げてください。同一市町村内での移動は含めないでください。(スペースが足りない場合には別紙に記載してください)

From / 開始		To / 終了		City, Town or Village 市町村	Province or State 州	Country 国
Year 年	Month 月	Year 年	Month 月			

15. Give name, address and telephone number of two persons, not related to you by blood or marriage, with whom we can confirm the facts of your residence in Canada.
 血縁者及び姻戚者以外で、あなたのカナダ居住の事実を問い合わせ確認できる者の氏名、住所、電話番号を記載してください。

Name 氏名	Address 住所	Telephone number (including area, city or regional code) 電話番号(市外局番を含む)

16. Are you considered a resident of Canada for tax purposes? Yes はい No いいえ
 税金に関してカナダ居住者と見なされていますか？

If no, is your net world income for the year 2008 less than \$64,718 in Canadian dollars? (See guide for more information) Yes はい No いいえ
 いいえの場合、2008年のあなたの世界の純所得は64,718カナダドル未満でしたか？(詳細は要領を参照してください)

SECTION 4 - TO BE COMPLETED WHEN APPLYING FOR A CANADA PENSION PLAN RETIREMENT PENSION. (Otherwise, proceed to SECTION 5).

セクション4. カナダ年金制度による退職年金を申請する場合に記入(それ以外はセクション5に進んでください)

17A. When do you wish your retirement pension to begin?
 退職年金給付開始希望月
 Year Month
 年 月
 earliest month eligible
 受給できる最も早い月

OR
 又は

17B. If you are between age 60 and 65 and contributing to the Canada Pension Plan, have you or will you have ceased or substantially ceased working prior to the date indicated in 17A?
 カナダ年金制度に保険料を納付している60歳から65歳の方の場合、17Aに記入された日以前に就労を停止しましたか若しくは停止しますか、又は実質的に就労を停止しましたか若しくは停止しますか？
 Yes はい No いいえ

If "Yes", when did you or will you cease or substantially cease working?
 「はい」の場合、いつ就労を停止しましたか若しくは停止しますか、又は実質的に就労を停止しましたか若しくは停止しますか？
 Year Month
 年 月

SECTION 5 - TO BE COMPLETED WHEN APPLYING FOR A SURVIVOR'S PENSION OR A DEATH BENEFIT. (Otherwise, proceed to SECTION 6)

セクション5 遺族年金又は死亡手当を申請する場合に記入(それ以外はセクション6に進んでください)

A. GENERAL INFORMATION ABOUT THE APPLICANT / 申請者に関する一般情報

18. Given Name / 名 Family Name / 姓 Family Name at Birth / 出生時の姓

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

20. Mailing Address 郵送先住所 same as in question 19 or 質問19に同じ 又は as shown below 以下に記載する者

21. Applicant's relationship to the deceased contributor
 死亡した被保険者と申請者との関係

22. Is there an executor, administrator or legal representative of the estate of the deceased contributor?
 死亡した被保険者の遺言執行者、遺産管理人又は遺産の法定代理人はいますか？
 Yes / はい If "Yes", indicate whether same as in questions 18 and 19 or 質問18及び19に同じ 又は
 No / いいえ 「はい」の場合は右のいずれかを選んで印をつけてください。ください as shown below 以下に記載する者

Given Name / 名 Family Name / 姓
 Address (No. and Street, Apt. No.) / 住所(番地及び通り、部屋番号)
 Postal Code City, Town or Village Country
 郵便番号 市町村 国

B. INFORMATION ABOUT THE SURVIVOR / 遺族に関する情報

23. Social Insurance Number in Canada カナダでの社会保険番号 _____	24. Given Name / 名 <input type="checkbox"/> same as in question 18 or 質問18に同じ又は _____	Family Name / 姓 <input type="checkbox"/> same as in question 18 or 質問18に同じ又は _____	Family Name at birth / 出生時の姓 <input type="checkbox"/> same as in question 18 or 質問18に同じ又は _____
--	--	---	--

25. Are you disabled? 障害がありますか？ <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	26. At the time of the contributor's death, were you residing with him or her? 被保険者の死亡時に被保険者と同居していましたか？ <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	27. At the time of the contributor's death, were you married to him or her? 被保険者の死亡時に被保険者と結婚していましたか？ <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
--	--	---

28. If you were under age 45 at the time of the contributor's death, indicate if you were maintaining:
 被保険者の死亡時にあなたが45歳未満であった場合、あなたは次の者を扶養していましたか？

a) a child of the contributor under age 18. If the child was not in your custody and control, please explain the circumstances on a separate sheet of paper. 被保険者の18歳未満の子。その子があなたの監護下及び監督下になかった場合には、別紙で状況を説明してください。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
b) a disabled child of the contributor age 18 or over. 被保険者の障害を持つ18歳以上の子。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
c) a child of the contributor age 18 to 25 in full-time attendance at school or university. If "Yes", please indicate on a separate sheet of paper the child's name and birth date and the name of the school or university he or she is attending. 被保険者の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。「はい」の場合には、別紙にこの子の氏名及び生年月日並びに就学している学校又は大学の名称を記入してください。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ

29. If "Yes" to any of the questions in 28, have you maintained the child from the time of the contributor's death to the present?
 28の質問のいずれかで「はい」に該当する場合、あなたは被保険者の死亡から現在までその子を養育してきましたか？

Yes はい No いいえ

SECTION 6 - TO BE COMPLETED WHEN APPLYING FOR A SURVIVING CHILD'S BENEFIT. (Otherwise, proceed to SECTION 7).
Questions 31 and 32 to be completed only when the applicant is not the person named in question 18.
 セクション6 遺族児童手当を申請する場合に記入(それ以外はセクション7に進んでください)。質問31と32は、申請者が質問18に記載された者でない場合にのみ記入してください。

30. Full Name of Child 子の氏名 _____ _____ _____	Date of Birth / 生年月日			For use by the Japanese competent institution 日本の実施機関使用欄 Verified by: / 確認者: _____ _____
	Year / 年 _____	Month / 月 _____	Day / 日 _____	

31. Given Name / 名 _____	Family Name / 姓 _____
------------------------------------	---------------------------------

32. Address (No. and Street, Apt. No.) / 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 _____

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 7 - TO BE SIGNED BY THE APPLICANT
セクション7 申請者の署名

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: 申請人の代理で申請をする場合、別紙に代理人の氏名、住所、申請を代理する理由を記載してください。

33. DECLARATION OF APPLICANT
申請者の宣誓

I declare that, to the best of my knowledge, the information given in this application is true and complete. 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 *Old Age Security Act* or the *Canada Pension Plan*.

私は、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老齢保障法又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がある旨を理解しています。

SIGNATURE OF APPLICANT

申請者の署名

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。

34. DECLARATION OF WITNESS REQUIRED ONLY WHEN THE APPLICANT SIGNS WITH A MARK

証人の宣言は、申請者が文字以外の記号によって署名する場合のみ要求されます。

I read the contents of this application to the applicant who appeared fully to understand 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)

Date of Application
 申請日

Year Month Day
 年 月 日

Telephone Number
 (including area, city or regional code)
 電話番号
 (市外局番を含む)

[]

Address of Witness
 証人の住所

TO BE COMPLETED BY THE LIAISON AGENCY IN CANADA

カナダ連絡機関記入欄

Eligibility Date - OAS Year Month Day [][][][][][]	Eligibility Date - CPP Year Month Day [][][][][][]	Date of receipt Year Month Day [][][][][][]	Age A B T [][][]	Residence Status X Y Z O [][][][]
Payment Date - OAS Year Month Day [][][][][][]	Payment Date - CPP Year Month Day [][][][][][]	Elective Date Year Month Day [][][][][][]	Residence (Transitional Rules) 3(1)(b) 3(1)(c) [][] [][]	Residence 3(1.1) [][]

Aggregate
 Rounded Down

I certify that the applicant is eligible to receive the benefit(s) indicated as of the date(s) shown and that the benefit(s) is (are) payable under the provisions of the *Old Age Security Act* or the *Canada Pension Plan*.

Certified by: _____ Date _____

Verified by: _____ Date _____