

【国民年金・厚生年金保険裁定請求書 記入要領】 Demande de pension de survivants 死亡を支給事由とする年金給付

**社会保障に関する日本国とカナダとの間の協定**  
 Accord de sécurité sociale entre le Japon et le Canada  
 国民年金・厚生年金保険裁定請求書(死亡を支給事由とする年金給付)  
 (共済年金決定請求書兼用)  
 Demande de prestations du régime de Pension Nationale/du régime de l'Assurance Pension des Salariés  
**(Pour la pension de survivants)**  
 (À employer également pour le régime de la Pension de la Mutuelle)

CAN/J2 カナダー日

カナダ実施機関記入欄  
 Pour utilisation par Opérations Internationales Canada

日本の国会番号  
 Numéro de référence japonais

※日本保険者により記入される欄  
 Doit être rempli seulement par des agences de liaison japonaises

受付日が入ったスタンプ  
 Cachet indiquant la date de réception

※この請求書は、カナダ人的資源・社会開発者の窓口提出用です。  
 Présenter ce formulaire de demande seulement aux Opérations Internationales Canada.

死亡者の日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号  
 Numéro de pension de base japonaise ou numéro du Guide des pensions de la personne décédée

死亡者のカナダ社会保障番号  
 Numéro d'assurance sociale canadien de la personne décédée

1. 死亡者に関する情報 / Personne décédée

|             |  |                            |   |
|-------------|--|----------------------------|---|
| ①氏<br>Nom   | ローマ字 / en caractères romain  | ②名<br>Prénom               | ローマ字 / en caractères romain                         |
|             | カタカナ / en caractères Katakana 漢字 / en lettres Kanji                        |                            | カタカナ / en caractères Katakana 漢字 / en lettres Kanji |
| ③性別<br>Sexe | <input type="checkbox"/> 男 / Masculin <input type="checkbox"/> 女 / Féminin | ④生年月日<br>Date de naissance | 年 / A 月 / M 日 / J                                   |

2. 申請者に関する情報 / Demandeur

|   |  |                            |   |
|---|--|----------------------------|---|
| ①氏<br>Nom   | ローマ字 / en caractères romain  | ②名<br>Prénom               | ローマ字 / en caractères romain                         |
|   | カタカナ / en caractères Katakana 漢字 / en lettres Kanji                        |                            | カタカナ / en caractères Katakana 漢字 / en lettres Kanji |
| ③性別<br>Sexe   | <input type="checkbox"/> 男 / Masculin <input type="checkbox"/> 女 / Féminin | ④生年月日<br>Date de naissance | 年 / A 月 / M 日 / J                                   |
| ⑤住所<br>Adresse  | ローマ字 / en caractères romain<br>カタカナ / en caractères Katakana               |                            |   |
| ⑥死亡者との続柄 / Lien de parenté avec la personne décédée   |  |                            |   |
| ⑦申請者の日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号<br>Numéro de pension de base japonaise ou numéro du Guide des pensions du demandeur |  | :                          |   |
| ⑧申請者のカナダ社会保障番号<br>Numéro d'assurance sociale canadien du demandeur  |  | :                          |   |
| ⑨電話番号(国番号、エリアコードを含む)<br>Numéro de téléphone avec de pays et code région                                       |  |                            |   |

Le numéro de pension de base japonaise ou le numéro du Guide des pensions figurant dans l'Avis de numéro de pension de base ou dans le Guide des pensions de la personne décédée.

日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号は基礎年金番号通知書又は年金手帳に書いてあります。

- ① et ② : Écrivez en majuscules, en caractères romain (comme dans le reste de ce formulaire).
- Vous pouvez aussi remplir ces rubriques en caractères katakana si c'est possible (et faire de même dans tout le reste du formulaire).
- ①及び②のローマ字は、大文字で記入してください。
- ①及び②の「カタカナ」欄には、カタカナ及び漢字氏名を記入してください。

Inscrivez les dates en commençant par les quatre chiffres de l'année, puis les deux chiffres du mois, et les deux chiffres du jour, par exemple « 1955 12 15 » pour le 15 décembre 1955. (Inscrivez toutes les dates de cette façon dans le reste du formulaire.)

生年月日の年は、西暦4桁を記入してください。(例:1955年12月15日)

Si la personne décédée avait un ou des enfants admissibles, remplissez cette rubrique.

Si vous êtes un enfant de la personne décédée et que vous avez un ou des frères ou sœurs, inscrivez leurs noms ici.

L'enfant admissible n'avait pas plus de 18 ans au 31 mars (pas plus de 20 ans s'il est invalide).

請求者に子(請求者が子の場合は他の兄弟姉妹)がいる時に記入してください。  
なお、子とは、18歳到達日以後の最初の3月31日までの間にある子又は障害の状態にある20歳未満の子に限りです。

Inscrivez le nom de la banque et de la succursale en majuscules, en caractères romain.

銀行の名前及び支店名は、アルファベットの  
大文字で記入してください。

Précisez si vous touchez actuellement des prestations de vieillesse, d'invalidité ou de décès d'un autre régime public de pension japonais ou si elle s'apprête à présenter une demande de prestations d'un tel autre régime. (Reportez-vous à la liste des régimes de pension applicables). Dans l'affirmative, inscrivez le nom du régime public de pension, le type de pension, la date d'admissibilité, le Code de pension ou numéro du Certificat de pension.

Si vous touchez une pension du régime de Pension de la Mutuelle, inscrivez le nom du régime de Pension de la Mutuelle sous « Nom du régime ».

申請者が日本の公的年金制度等(一覧を参照のこと)から老齢、障害又は死亡を支給事由とする年金を受給しているか又は申請しているか記入し、受給している場合は、その制度名、種類、受けることとなった年月日、年金コード又は年金証書の記号番号を記入してください。  
なお、共済組合等から受けているときは、制度名には支給している共済組合等の名称を記入してください。

| 3. 子に関する情報/ Enfant(s) de la personne décédée                     |                                       |                                      |                                   |                                    |                       |       |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------|-------|
| ①氏<br>Nom  | ローマ字 / en caractères romain           |                                      | ②名<br>Prénom                      | ローマ字 / en caractères romain        |                       |       |
|  | カタカナ / en caractères Katakana         | 漢字 / en lettres Kanji                |                                   | カタカナ / en caractères Katakana      | 漢字 / en lettres Kanji |       |
| ③性別<br>Sexe  | <input type="checkbox"/> 男 / Masculin | <input type="checkbox"/> 女 / Féminin | ④生年月日<br>Date de naissance        | 年 / A                              | 日 / M                 | 日 / J |
| ⑤障害の状態にありますか/ Enfant invalide                                    |                                       |                                      | <input type="checkbox"/> はい / Oui | <input type="checkbox"/> いいえ / Non |                       |       |
| ⑥年収が850万円未満ですか<br>Revenu annuel inférieur à 8,5 millions de yens |                                       |                                      | <input type="checkbox"/> はい / Oui | <input type="checkbox"/> いいえ / Non |                       |       |
| ①氏<br>Nom  | ローマ字 / en caractères romain           |                                      | ②名<br>Prénom                      | ローマ字 / en caractères romain        |                       |       |
|  | カタカナ / en caractères Katakana         | 漢字 / en lettres Kanji                |                                   | カタカナ / en caractères Katakana      | 漢字 / en lettres Kanji |       |
| ③性別<br>Sexe  | <input type="checkbox"/> 男 / Masculin | <input type="checkbox"/> 女 / Féminin | ④生年月日<br>Date de naissance        | 年 / A                              | 日 / M                 | 日 / J |
| ⑤障害の状態にありますか/ Enfant invalide                                    |                                       |                                      | <input type="checkbox"/> はい / Oui | <input type="checkbox"/> いいえ / Non |                       |       |
| ⑥年収が850万円未満ですか<br>Revenu annuel inférieur à 8,5 millions de yens |                                       |                                      | <input type="checkbox"/> はい / Oui | <input type="checkbox"/> いいえ / Non |                       |       |

| 4. 支払金融機関に関する情報/ Nomination d'une institution financière où envoyer les prestations |  |                                |                             |
|---|--|--------------------------------|-----------------------------|
| ①銀行の名前<br>Nom de la banque  | ②口座番号<br>Numéro du compte                  |                                | ローマ字 / en caractères romain |
| ③本店又は支店名<br>Siège social ou nom de la succursale                                    | <input type="checkbox"/> 本店 / Siège social | ④銀行の住所<br>Adresse de la banque |                             |
| <input type="checkbox"/> 支店<br>succursale   |  |                                |                             |

| 5. 申請者が現在、受給している日本国の公的年金に関する情報/ Pension publique japonaise touchée par le demandeur                                 |  |  |  |   |   |
|---|--|--|--|---|---|
| 申請者は既に日本国の公的年金を受給していますか。又は申請していますか。<br>Le demandeur touche-t-il une pension publique japonaise/en réclame-t-il une? |  |  | <input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non |   |   |
| ①制度名<br>Nom du régime   | ③支給を受けることとなった年月日<br>Date d'admissibilité |  | 年 / A  | 月 / M   | 日 / J   |
| ②年金の種類<br>Type de pension   |  |  | <input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金<br>Vieillesse                  | <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金<br>Invalidité | <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金<br>Survivants |
| ④年金コード又は年金証書の記号番号<br>Code de pension ou numéro du Certificat de pension   |  |  |  |   |   |

### Régimes de pension applicables

- A. Loi nationale sur les pensions
- B. Loi sur l'assurance pension des salariés
- C. Loi sur l'assurance des marins (avant avril 1986 seulement)
- D. Loi concernant la Mutuelle des fonctionnaires de l'État (y compris les lois concernant la mise en œuvre des prestations de longue durée promulguées avant avril 1986)
- E. Loi concernant la Mutuelle des fonctionnaires des collectivités locales (y compris les lois concernant la mise en œuvre des prestations de longue durée promulguées avant avril 1986)
- F. Loi concernant la Mutuelle des personnels des établissements d'enseignement privé
- G. Loi concernant la Fédération des Mutuelles des employés des établissements agricoles, de foresterie et de pêche
- H. Loi concernant la pension des fonctionnaires
- I. Ordonnance des autorités locales concernant la pension de retraite des fonctionnaires des collectivités locales
- J. Loi concernant la Fédération des Mutuelles des mineurs des établissements gouvernementaux YAWATA de Nippon Steel Co.
- K. Disposition supplémentaire – Article n° 13 de la Loi sur les agents spéciaux des cours de district
- L. Loi concernant les mesures spéciales pour les bénéficiaires d'anciennes Fédérations de Mutuelles
- M. Loi d'aide aux victimes et survivants de guerres
- N. Loi concernant la Fédération des Mutuelles des agents municipaux

### 公的年金制度一覧

- ア 国民年金法
- イ 厚生年金保険法
- ウ 船員保険法(1986年4月以後を除く)
- エ 国家公務員共済組合法  
(1986年4月前の長期給付に関する施行法を含む)
- オ 地方公務員等共済組合法  
(1986年4月前の長期給付に関する施行法を含む)
- カ 私立学校教職員共済法
- キ 農林漁業団体職員共済組合法
- ク 恩給法
- ケ 地方公務員の退職年金に関する条例
- コ 日本製鉄八幡共済組合
- サ 執行官法附則第13条
- シ 旧令による共済組合等からの年金受給者 のための特別措置法
- ス 戦傷病者戦没者遺族等援護法
- セ 旧市町村職員共済組合法

Si vous ne savez pas exactement les dates, inscrivez toute l'information que vous avez, comme le mois ou la saison, par exemple l'été de l'année xxxx.

詳しくわからないときでも、年月まであるいは何年の夏までといったように記入します。

- Précisez de quelle couverture la personne décédée bénéficiait sous les régimes publics de pension japonais, en ordre chronologique, de la première/la plus ancienne à la plus récente.
  - Si l'adresse de la personne décédée a changé pendant qu'elle bénéficiait de la couverture de la Pension Nationale, précisez l'ancienne adresse et sa durée d'occupation.
  - Si le nom ou l'adresse du lieu de travail de la personne décédée a changé, ou si elle a été mutée entre des succursales pendant qu'elle bénéficiait de la couverture de l'Assurance Pension des Salariés, et ainsi de suite, inscrivez le nom et l'adresse de chaque lieu de travail pertinent, la période de couverture et le nom du régime de pension applicable.
- 加入期間は、請求者が初めて日本国の公的年金制度に加入したときから古い順に記入します。
  - 国民年金の加入期間中に住所を変更したときは、住所地および住んでいた期間が分かるように記入します。
  - 厚生年金保険等の加入期間中に事業所の名称変更や所在地の変更、転勤があったときは、それぞれの事業所等について名称、所在地、期間、加入していた年金制度を記入します。

Inscrivez le nom officiel du lieu de travail déclaré au Bureau d'assurance sociale ou au Bureau du service de pension du Japan (Bureau d'assurance sociale) pendant la période durant laquelle la personne décédée était couverte.

(Précisez aussi le nom des succursales ou des usines, par exemple le Bureau de Tokyo de la Société A.)

Faites de même pour les lieux de travail d'une Association d'aide mutuelle.

Si vous le connaissez, inscrivez le nom japonais.

- 被用者年金制度に加入していたときに年金事務所(社会保険事務所)に届出された正式な名称を記入します。
- また、社名などだけではなく、A株式会社東京支店というように、支社、支店、出張所、営業所、工場名などについても記入します。
- なお、共済組合等についても同様に記入します。日本語がわかる場合は日本語名で記入します。

| 6. 死亡者の日本の公的年金加入履歴に関する情報 / Historique de la couverture de la personne décédée par des régimes de pensions japonais                                       |   |   |  |
|--|---|---|--|
| 死亡者の日本の公的年金制度の加入経過を、できるだけ詳しく正確に記入してください。Donnez aussi précisément que possible l'historique détaillé de sa couverture par les régimes de pension publics. |   |   |  |
| 加入期間(年/月/日)<br>Période de couverture<br>De A/M/J<br>À A/M/D  | 事業所(船舶所有者)の名称及び船員であったときはその船舶名<br>Nom du lieu de travail (ou du propriétaire du navire s'il/elle était membre de l'équipage d'un navire) | 事業所(船舶所有者)の所在地又は国民年金加入時の住所<br>Adresse du lieu de travail ou du propriétaire du navire, ou son adresse quand il/elle s'est inscrit(e) à la Pension Nationale | 加入していた年金制度等(注)<br>Régime de pension sous lequel il/elle était couvert(*) |
| / / から   |   |   |  |
| / / まで   |   |   |  |
| / / から   |   |   |  |
| / / まで   |   |   |  |
| / / から   |   |   |  |
| / / まで   |   |   |  |
| / / から   |   |   |  |
| / / まで   |   |   |  |
| / / から   |   |   |  |
| / / まで   |   |   |  |
| / / から   |   |   |  |
| / / まで   |   |   |  |

(注) 国民年金は「1」、厚生年金保険は「2」、厚生年金(船員)保険は「3」、共済組合は「4」を記入してください。また、婚姻等により加入当時の氏名が現在の氏名と異なる場合は、この欄に加入当時の氏名を記入してください。

(\*) Inscrivez le numéro de ce régime selon le modèle suivant: «1» pour la Pension Nationale, «2» pour l'Assurance Pension des Salariés, «3» pour l'Assurance Pension des Salariés (Marins) et «4» pour la Pension de la Mutuelle. Inscrivez le nom que portait la personne décédée à l'époque dans cette colonne, si son nom a changé par suite d'un mariage ou pour une autre raison.

|   |                                   |                                    |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|
| 死亡者が最後に勤務した事業所又は死亡時勤務していた事業所について<br>Lieu de travail du plus récent emploi de la personne décédée assujetti aux régimes de pension japonais  | ①名称<br>Nom                        |                                    |
| ②健康保険の被保険者証の記号番号(わかれば記入)<br>Numéro/code de son Certificat d'assurance-santé d'employé (si vous l'avez)  |                                   |                                    |
| 死亡者は個人で保険料を納める第四種被保険者、船員保険の年金任意継続被保険者となったことがありますか。<br>A-t-elle déjà été une personne assurée de Type4 sous le régime de l'Assurance Pension des Salariés ou une personne assurée volontairement sans interruption sous celui de l'Assurance des Marins? | <input type="checkbox"/> はい / Oui | <input type="checkbox"/> いいえ / Non |
| ①被保険者の整理記号番号<br>Numéro/code de référence de la personne assurée   |                                   |                                    |
| ②保険料を納めた期間<br>Période durant laquelle les cotisations d'assurance ont été payées  | 自<br>De                           | 年 / A    月 / M    日 / J            |
|   | 至<br>À                            | 年 / A    月 / M    日 / J            |
| ③保険料を納めた年金事務所名(社会保険事務所名)<br>Nom du Bureau du service de pension du Japan (du Bureau d'assurance sociale) auquel les cotisations ont été payées  |                                   |                                    |

Inscrivez le numéro correspondant à chaque régime. (Il figure au bas de la Partie 6.)

欄外の該当する年金制度の番号を記入します。

Inscrivez l'adresse. Vous devez préciser au moins le nom du comté, de la ville ou du quartier, si vous n'avez pas tous les détails nécessaires.

Certains employés travaillant au bureau d'Osaka d'une compagnie peuvent par exemple avoir été inscrits au régime de l'Assurance Pension des Salariés du Bureau du service de pension du Japan (Bureau d'assurance sociale) de Tokyo, où le siège social de l'entreprise est situé. Si tel était le cas pour la personne décédée, inscrivez l'adresse du lieu de travail où elle a été inscrite au régime de l'Assurance Pension des Salariés.

Faites de même pour les lieux de travail d'une Association d'aide mutuelle.

- 詳しくわからないときでも、郡市区名までは記入します。
- また、実際には大阪で勤務していたが、厚生年金保険は東京の本社などで一括して東京の年金事務所(社会保険事務所)に届けていたようなときは、東京の本社の所在地を記入するといったように、厚生年金保険の適用があったところの所在地を記入します。

De ① à ⑤ : Reportez-vous au document précisant la date du décès, comme le certificat de décès de la personne décédée.

7. ①から7. ⑤については、死亡診断書等で確認して記入します。

7. 死亡を支給事由とする年金に関する情報 / Renseignements à fournir pour une demande de prestations de survivants

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| ①死亡年月日<br>Date du décès   |   | 年/A   | 月/M   | 日/J   |
| ②死亡の原因である疾病又は負傷の名称<br>Nom de la maladie/blessure ayant causé le décès   |   |   |   |   |
| ③疾病又は負傷の発生した日<br>Date du début de la maladie/de la blessure   | 年/A   | 月/M   | 日/J   | ④疾病又は負傷の初診日<br>Date du premier examen médical |
| ⑤死亡の原因である疾病又は負傷の発生原因<br>Cause de la maladie/de la blessure ayant causé la mort  |   |   |   |   |
| ⑥死亡の原因は第三者行為によりますか。<br>La mort a-t-elle été causée par un tiers?  | <input type="checkbox"/> はい / Oui<br><input type="checkbox"/> いいえ / Non | ⑦申請を行うものは死亡者の相続人になりますか。<br>La personne demandant des prestations est-elle un héritier légal de la personne décédée? | <input type="checkbox"/> はい / Oui<br><input type="checkbox"/> いいえ / Non |   |
| ⑧死亡した人は次の年金制度の被保険者、組合員または加入者となりましたか。<br>あるときは該当欄に☑してください。<br>La personne décédée a-t-elle été inscrite à l'un ou l'autre des régimes de pensions publics?<br>Si oui, encerclez le numéro des régimes applicables ci-dessous.  | <input type="checkbox"/> はい / Yes<br><input type="checkbox"/> いいえ / No  |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> 1. 国民年金法 / Loi nationale sur les pensions<br><input type="checkbox"/> 2. 厚生年金保険法 / Loi sur l'assurance pension des salariés<br><input type="checkbox"/> 3. 船員保険法 (1986年4月以後を除く) / Loi sur l'assurance des marins (avant avril 1986 seulement)<br><input type="checkbox"/> 4. 国家公務員共済組合法 / Loi concernant la Mutuelle des fonctionnaires de l'État<br><input type="checkbox"/> 5. 地方公務員等共済組合法 / Loi concernant la Mutuelle des fonctionnaires des collectivités locales<br><input type="checkbox"/> 6. 私立学校職員共済法 / Loi concernant la Mutuelle des personnels des établissements d'enseignement privé<br><input type="checkbox"/> 7. 旧市町村職員共済組合法 / Loi concernant la Mutuelle des fonctionnaires municipaux<br><input type="checkbox"/> 8. 地方公務員の退職年金に関する条例 / Ordonnance des autorités locales concernant la pension de retraite des fonctionnaires des collectivités locales<br><input type="checkbox"/> 9. 恩給法 / Loi concernant la pension des fonctionnaires<br><input type="checkbox"/> 10. その他 / Autres ( ) |   |   |   |   |
| ⑨死亡者は⑧の年金制度の年金を受給していましたか。受けていたときは、下記に記入してください。<br>La personne décédée touchait-elle une pension d'un des régimes énumérés en ⑧ ci-dessus?<br>Dans l'affirmative, remplissez la rubrique suivante.   |   | <input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non  |   |   |
| 制度名<br>Nom du régime  | 年金コードまたは年金証書の記号番号<br>Code de pension ou numéro du Certificat de pension |   |   |   |

4/5

En signant cette demande, vous attestez de la véracité des renseignements que vous y donnez.

Vous autorisez aussi l'institution canadienne compétente à fournir à ses homologues japonais des renseignements susceptibles d'influer sur votre admissibilité aux prestations japonaises que vous demandez.

下線部に署名をしてください。

署名に際して、あなたは申請書で提供した情報が真実であることを証明します。

また、あなたはカナダの実施機関に対し、あなたが申請している日本年金の給付を受ける資格に影響を与えうる情報を日本の実施機関に提供する権限を与えます。

Remplissez la Partie 8 si des personnes bénéficient du même ordre de priorité.

8. 同順位の方がいる場合に、記入します。

Ordre de priorité

- (1) La conjointe de la personne décédée
  - (2) Le ou les enfants de moins de 18 ans\*  
de la personne décédée (de moins de 20 ans s'ils ont une invalidité prévu par la loi)
  - (3) Le conjoint de la personne décédée, s'il est âgé d'au moins 55 ans
  - (4) Le père ou la mère de la personne décédée, s'ils sont âgés d'au moins 55 ans
  - (5) Le ou les petits-enfants de moins de 18 ans\*  
de la personne décédée (de moins de 20 ans s'ils ont une invalidité prévu par la loi)
  - (6) Le grand-père ou la grand-mère de la personne décédée, s'ils sont âgés d'au moins 55 ans
- \* Les prestations sont versées jusqu'au 31 mars suivant leur 18<sup>e</sup> anniversaire.

(参考) 順位

1. 配偶者
2. 18歳(法で定められた一定の等級の障害のある20歳)未満の子
3. 55歳以上の夫
4. 55歳以上の父母
5. 18未満(法で定められた一定の等級の障害のある20歳)未満の孫
6. 55歳以上の祖父母

8. 代表者選任に関する情報 / Nomination d'un représentant s'il y a plus d'un demandeur admissible

|  |   |  |     |     |     |
|--|---|--|-----|-----|-----|
| 請求代表者の<br>氏名<br>Nom du<br>representant                                       | ローマ字 / en caractères romains<br>カタカナ / en caractères katakana | 請求代表者の<br>生年月日<br>Date de naissance<br>du représentant                               | 年/A | 月/M | 日/J |
| 請求代表者の<br>住所<br>Adresse du<br>representant                                   | ローマ字 / en caractères romains<br>カタカナ / en caractères katakana | 請求代表者の<br>天受給者との続柄<br>Lien de parenté du<br>representant avec<br>la personne décédée |     |     |     |
| 上記の者を請求代表者とします。<br>Nous nommons la personne susmentionnée comme représentant |   |  |     |     |     |
| 氏名<br>Nom  | ローマ字 / en caractères romains<br>カタカナ / en caractères katakana | 生年月日<br>Date de naissance  | 年/Y | 月/M | 日/J |

9. 署名欄 / Déclaration du demandeur

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言します。私はカナダの実施機関が有する本給付申請に関する可能性のある情報および情報を同機関が日本の実施機関に提供することを認めます。  
Je déclare que les renseignements que j'ai donnés dans ce formulaire sont exacts et complets. J'autorise l'institution canadienne compétente à fournir à ses homologues japonaises tous les renseignements et les documents liés ou pouvant l'être à cette demande de prestations.

申請者の署名  
Signature du demandeur:

5/5