

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 実子  Legally adopted child 法律上の養子  Other 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:

	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	DECLARATION OF WITNESS 証人の宣誓
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。	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 APPLICANT / 申請者の署名	Signature of Witness 証人の署名
Date of Application / 申請日 Year / 年    Month / 月    Day / 日	Name of Witness (please print) 証人の氏名(活字体で記入してください)
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
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



# Questionnaire for Disability Benefits, Canada Pension Plan

Personal information Bank  
HRSDC PPU 175

個人情報バンク

## カナダ年金制度の障害年金に関する 質問票

Contributor's Family Name 被保険者の姓	Contributor's Canadian Social Insurance Number 被保険者のカナダの社会保険番号
Contributor's Given Name 被保険者の名	

### Information about Your Education, Work History, Benefit History and Medical Condition 学歴・職歴・受給歴・健康状態に関する情報

#### Education 学歴

<p>1. What was the highest grade you completed in school? 最終学歴</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>2. Have you attended a college or university? 大学、短大、専門学校に就学しましたか？ <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ</p> <p>If "Yes", please give number of years or diploma/degree obtained. 「はい」の場合、就学年数又は取得免状/学位を記載してください。</p>																
<p>3. Have you ever had any technical or trade training or apprenticeship? これまで技術・技能訓練又は実習を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ</p> <p>If "Yes", please state type. 「はい」の場合、その種類を明示してください。</p>																	
<p>4. In the last two years, have you been involved in any technical or trade training, apprenticeship or educational upgrading? 過去2年間に技術・技能訓練、実習又は学力向上するものに参加したことがありますか？ <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ</p> <p>If "Yes", please provide dates, name and address of school(s), type of program. 「はい」の場合、日付、学校の名称及び住所、プログラムの種類を記載してください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Name of School(s) / 学校名</th> <th style="width: 30%;">Address of School(s) / 学校の住所</th> <th style="width: 20%;">Type of Program / プログラムの種類</th> <th style="width: 20%;">Date / 日付</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Name of School(s) / 学校名	Address of School(s) / 学校の住所	Type of Program / プログラムの種類	Date / 日付													
Name of School(s) / 学校名	Address of School(s) / 学校の住所	Type of Program / プログラムの種類	Date / 日付														
<p>5. Do you have plans for training or upgrading? 訓練又は学力向上の計画がありますか？ <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ</p>	<p>If you said "Yes", please explain. 「はい」の場合には説明してください</p>																

#### Work History / 職歴

6. WORKING AT TIME OF APPLICATION / 申請時の就労状況

Are you working at the present time?  Yes はい  No いいえ ▶

If you said "Yes", please give the following details:  
「はい」の場合には次の詳細情報を提供してください:

Type of Work: 仕事の種類: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Employee 被用者	<input type="checkbox"/> Self-Employed 自営業者	<input type="checkbox"/> Volunteer ボランティア
<input type="checkbox"/> Full-Time フルタイム	<input type="checkbox"/> Part-Time パートタイム	<input type="checkbox"/> Seasonal 季節労働者

Number of hours per day: 一日あたりの就労時間:	Number of days per week: 週の就労日数:	Salary per hour: 時給	or per day: 又は日給
---	-------------------------------------	------------------------	---------------------

**Work History (continued)**

**職歴(続き)**

7. NOT WORKING AT TIME OF APPLICATION / 申請時に就労していない場合

a) State the name and address of your most recent employer. / 直近の雇用先の名称及び住所

Name / 名称

Address / 住所

b) Date work started (with your most recent employer):

就労開始時(直近の雇用先)

Year / 年      Month / 月

Grid for date started

Date work stopped (last day with your most recent employer):

就労停止日(直近の雇用先での就労最終日)

Year / 年      Month / 月      Day / 日

Grid for date stopped

c) What kind of work did you do?

職種

Why did you stop working?

就労を停止した理由

8. Have you done any other type of work in the last five years?

過去5年間に他の種類の労働をしましたか?

Yes はい     No いいえ

If you said, "Yes", list type of work and dates (include any work done outside of Canada).

「はい」の場合、職種と日付を記載してください(カナダ国外での仕事を含む)

Table with 5 rows for listing work, including columns for 'from / 開始日' and 'to / 終了日' with date grids.

**Self-Employed  
自営**

**Note: If you are not self-employed, please go to question 15.**

**注: 自営ではない場合には質問15に進んでください。**

9. Please describe your business, including number of employees. / 事業の内容(従業員数を含む)を説明してください。

10. When did you start the business?

事業開始時期

Year / 年      Month / 月

Grid for start date

11. What type of work did you do in the business?

当該事業におけるあなたの職種

12. Is the business operating at the present time?

その事業は現在も継続していますか?

Yes はい     No いいえ

If you said "No", what has happened to the business?

「いいえ」の場合、事業はどうなりましたか?

▶  Sold 売却     Rented 賃貸     Profit Sharing 利益分配     Transferred 譲渡     Other その他

If you said "Yes", are you working in the business?

「はい」の場合、あなたはこの事業で就労していますか?

▶  Yes はい     No いいえ

What type of work are you doing?

それはどんな職種ですか?

If you are not working in the business, how does it operate?

この事業で就労していない場合、その事業はどのように運営されていますか?

13. What was the latest year that an income tax return on the operation of the business was filed in your name?

当該事業の所得税申告書があなたの名前で提出された最後の年はいつですか?

Year / 年

14. Will you declare yourself as self-employed for income tax purposes this year?

今年の所得税は自営業者として申告しますか?

Yes はい     No いいえ

## Other Work Activity

### その他の労働活動

15. In the past two years, did you do any other work at the same time as your main job (such as part-time farming, night or other employment)?  
過去2年間に、主な仕事と同時に他の仕事(半農、夜間就労又はその他の雇用)をしたことがありますか?

- No If you said "No", please go to question 16. Type of Work:  
いいえ 「いいえ」の場合には質問16に進んでください。 職種:  
 Yes If you said "Yes", please give the following details:  
はい 「はい」の場合に次の詳細情報を提供してください。

Date Work Started: / 就労開始時期: Year / 年 Month / 月	Date Work Stopped: / 就労停止日: Year / 年 Month / 月 Day / 日	Number of Hours Worked per Day: 一日あたりの労働
--	---	---

Name of Employer (if applicable) / 雇用先の名称(該当する場合)

Address (No., St., Apt. No.) / 住所(番地及び通り、部屋番号) City, Town or Village / 市町村

Postal Code / 郵便番号 Province / 州 Country / 国

16. Before you stopped working, did you have to do lighter or a different type of job?  
就労を停止する前に、仕事の軽減又は職種の変更をしなければなりませんでしたか?

- Yes  No If you said "Yes", please explain and give the date(s) if possible.  
はい いいえ 「はい」の場合、説明をして、可能ならば日付を記載してください。

17. Has your doctor told you when you can return to work? / 医師から仕事に復帰できる時期を聞いていますか?

- Yes  No If you said "Yes", please supply date.  
はい いいえ 「はい」の場合、日付を記載してください。 Year / 年 Month / 月 Day / 日

18. Do you plan to return to work or seek work in the near future? / 近い将来仕事に復帰するか又は仕事を探す計画ですか?

- Yes  No If you said "Yes", please explain, giving any known dates.  
はい いいえ 「はい」の場合、説明をし、わかっている日付を記載してください。

## Benefit History

### 受給歴

19. Is your present condition covered by either one of the following: / あなたの現状は次のいずれかの対象になっていますか:

- An employer's sick leave benefit?  Yes  No Any form of disability insurance?  Yes  No  
雇用先の病気休暇給付 はい いいえ なんらかの障害保険 はい いいえ  
If you said "Yes", to either of the above, please state the name of the insurance company(ies)  
上記のいずれかが「はい」の場合には、保険会社の名称を記載してください。

## Occupational Accident Insurance

### 労働災害保険

20. Are any of your health problems covered by an occupational accident insurance?

あなたの健康問題は労働災害保険の適用対象になっていますか?

- Yes  No If you said "Yes", please provide details in each case. / 「はい」の場合、1件ごとに詳細を記載してください  
はい いいえ

Claim Number / 請求番号	Province / 州	Year / 年	Reason / 理由	Type of Benefit / 給付の種類

## Medical Condition

### 健康状態

21. State your: Height: / 身長 Weight: / 体重	22. What is/are your main disabling condition(s)? / あなたの主な障害はどのような状態ですか? _____ _____
--	--

Medical Condition (continued)

健康状態(続き)

23. Do you have any other health-related conditions or impairments? / 他に健康に関連した状態又は機能障害がありますか?

Yes はい No いいえ If you said "Yes", please explain. 「はい」の場合、説明をしてください。

24. What is the approximate date that you felt you could no longer work because of your disabling medical condition?

障害状態のために就労できないと感じたのはいつ頃ですか?

Year / 年 Month / 月

Form for date input (Year, Month)

25. Did your main disability result from an injury caused by an accident? / あなたの主な障害は事故による傷害に起因するものですか?

Yes はい No いいえ If you said "Yes", please supply date and describe how the accident happened and the resulting injuries. 「はい」の場合、日付を書き、事故の起こった状況とその結果の傷害を説明してください。

Year / 年 Month / 月 Day / 日

26. Have you had to stop doing some activities such as hobbies, sports or volunteer work?

趣味、スポーツ、ボランティアなどの活動を止めなければなりませんでしたか?

Yes はい No いいえ If you said "Yes", please explain and state any dates you can remember. 「はい」の場合、説明し、思い出せる日付を記載してください。

27. Please describe any problems and/or limitations you have with the following: / 次の事項に伴う問題(制約)がある場合には記載してください:

Table with 2 columns: Activity (e.g., Sitting, Standing, Walking, Lifting, Carrying, Bending, Personal Needs, Seeing) and Limitation/Problem.

28. Please state the name, address and telephone number of the medical doctor who will be completing your medical report.

診断書を記入する医師の氏名、住所、電話番号を記載してください。

Form for doctor information: Name, Address, Telephone Number, Postal Code, Province, Country, First Visit Date, Last Visit Date.

What were the reasons for your visits? / 受診の理由

29. Please state the names, addresses and telephone numbers of any other medical doctors or medical specialists you have seen in the past two years (space for two doctors provided).

過去2年間に診察を受けた他の医師又は他の医療専門家の氏名、住所、電話番号を記載してください(医師二人分の記入欄があります)。

1. Doctor's Full Name / 医師の氏名		Telephone Number (including area, city or regional code)	
Address (No., St., Apt. No.) / 住所(番地及び通り、部屋番号)		City, Town or Village / 市町村	
Postal Code / 郵便番号		Country / 国	
When did you first see this doctor? 初診日		When was your last visit? 最後の受診日	
What were the reasons for your visits? / 受診の理由			

2. Doctor's Full Name / 医師の氏名		Telephone Number (including area, city or regional code)	
Address (No., St., Apt. No.) / 住所(番地及び通り、部屋番号)		City, Town or Village / 市町村	
Postal Code / 郵便番号		Country / 国	
When did you first see this doctor? 初診日		When was your last visit? 最後の受診日	
What were the reasons for your visits? / 受診の理由			

30. In the past two years, were you admitted to hospital?  Yes はい  No いいえ If "Yes", state name and address of hospital(s) (space for two hospitals provided). 「はい」の場合、病院名及び住所を記載してください(病院二件分の記入欄があります)

1. Name of Hospital 病院名	
Hospital Address 病院の所在地	
When were you admitted? 入院日	When were you discharged? 退院日
Please explain why you are admitted. 入院理由	Who was the attending doctor? 担当医

2. Name of Hospital 病院名	
Hospital Address 病院の所在地	
When were you admitted? 入院日	When were you discharged? 退院日
Please explain why you are admitted. 入院理由	Who was the attending doctor? 担当医

If there is not sufficient space to list all hospitalizations, please use a separate sheet of paper.  
入院歴の記入スペースが足りない場合、別紙を使用してください。

31. Please list any medications you now take. How often? What is the dosage?  
現在投与されている薬剤を挙げてください。投与の頻度、投与量はどのくらいですか?

32. Please list any other present and/or future medical treatments, examinations or investigations.  
現在受けている及び/又は将来受ける治療、検査又は調査を挙げてください。

33. Please list any medical appliances you use, such as: crutches, cane, limb supports, splints, braces, wheelchair, hearing aid, heart pacemaker, ostomy apparatus, prosthesis.  
あなたが使用している医療器具を挙げてください。例: 松葉杖、杖、腕や脚のサポーター、副木、ギブス、車椅子、補聴器、ペースメーカー、造瘻器具、義手・義足類

**IMPORTANT / 重要**

I agree to notify Human Resources Development Canada of any improvements in my medical condition and of any work I may undertake.  
私は、今後の健康状態の改善及び就労についてカナダ人材開発省に通知することに同意します。

Signature of Contributor/Applicant  
被保険者/申請者の署名



**Authorization to Disclose Information /  
Consent for Medical Evaluation**

Personal information Bank  
HRSDC PPU 175

個人情報バンク

**情報開示許可 / 受診同意書**

Contributor's Family Name / 被保険者の姓		Contributor's Given Name / 被保険者の名	
Contributor's Canadian Social Insurance Number 被保険者のカナダの社会保険番号			
Home Address (No., Street, Apt. No., P.O. Box) / 自宅住所(番地及び通り、部屋番号)		City, Town or Village / 市町村	
Postal Code / 郵便番号	Province / 州	Country / 国	
Telephone Number (including area, city or regional code) 電話番号(市外局番号を含む) [       ]			

I hereby authorize any doctor, hospital, employer, educational institution, foreign competent institution or other medical or vocational agency as well as any occupational insurance agency or administrators of private insurance plans to disclose information contained in their records to Human Resources Development Canada, for the purpose of determining whether I am disabled under the *Canada Pension Plan*.

For the purpose of providing further medical evidence for the evaluation of my disability, I agree, upon request by Human Resources Development Canada, to be examined by a qualified doctor or a consultant specialist and to submit to such diagnostic tests as the doctor or specialist may deem necessary. I also authorize Human Resources Development Canada to provide any relevant medical information relating to my disability to the examining doctor for the purpose of such examination.

Any personal information received by Human Resources Development Canada is protected under the *Canada Pension Plan* and the *Privacy Act*. I have the right to request access to this information.

I have read the above statements. I understand that this information is essential to determine that I have or continue to have a severe and prolonged mental or physical disability. In addition, this information will be used to determine the date my disability began or ceased under the terms of the *Canada Pension Plan*. I also understand that should I choose not to consent to any of the above, a decision will be made based upon the evidence available in my file, which could result in a denial of my claim.

私は本書により、医師、病院、雇用者、教育機関、外国の権限ある機関又はその他の医療若しくは職業機関並びに職業保険事務所又は民間保険制度の管理者が、私がカナダ年金制度に基づく障害者であるかどうかを決定する目的で、本報告書の情報をカナダ人材開発省に開示することを認めます。

私の障害を評価するためのさらなる医学的証拠の提供を目的として、カナダ人材開発省の要請により、有資格の医師又はコンサルタント専門家による診察を受けること及び当該医師又は専門家が必要と見なす診断のため検査を受けることに同意します。また、カナダ人材開発省が私の障害に関する医学情報を、診察のための資料として、医師に提供することを認めます。

カナダ人材開発省が受理する個人情報はカナダ年金制度及び個人情報保護法により保護されています。私にはこの情報へのアクセス請求権があります。

私は上記の説明を読みました。私は、私が重度の長期に及び精神障害又は身体障害を負っていること又はこの状態が継続していることを明らかにするのに本情報が不可欠であることを理解しています。さらに、本情報は、カナダ年金制度の条件による私の障害の開始日又は終了日を決定するために使用されま。また、私は、私が上記のいずれかに同意しないことを選択した場合、私のファイルにある証拠に基づいて決定が下され、その結果私の請求が却下される可能性があることも理解しています。

Signature of Contributor/Applicant 被保険者／申請者の署名		Year / 年    Month / 月    Day / 日	
To be completed by witness if contributor/applicant signs by a mark, or representative for the purpose of determining whether the contributor is disabled. 被保険者／申請者が文字以外の記号によって署名する場合に証人が署名、又は被保険者が障害者であるか否かを決定する目的で代理人が署名。		Year / 年    Month / 月    Day / 日	
Signature of Witness 証人の署名		Year / 年    Month / 月    Day / 日	
Family Name of Witness / 証人の姓		Given Name of Witness / 証人の名	
Home Address (No., Street, Apt. No., P.O. Box) / 自宅住所(番地及び通り、部屋番号私書箱)		City, Town or Village / 市町村名	
Postal Code / 郵便番号	Province / 州	Country / 国	Telephone Number (including area, city or regional code) 電話番号(市外局番号を含む) [       ]
This Authorization/Consent form shall be valid for two years from the date of signature unless previously revoked in writing by the contributor/applicant or representative signing this form. Any photographic or facsimile copy shall be valid as the original. 本書に署名する被保険者／申請者又は代理人が書面で撤回しない限り、本許可／同意書は署名日から2年間有効です。フォトコピー又は複写コピーは原本として有効であるものとします。			





## Authorization / Consent Form

### 許可 / 同意書

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

Contributor's Given Name / 被保険者の名

Contributor's Family Name / 被保険者の姓

(Name of Medical Doctor)

I hereby authorize \_\_\_\_\_ to release any medical information, in respect to my claim, to Human Resources Development Canada for the purposes of determining whether I am disabled under the Canada Pension Plan. I understand that this information is essential to determine that I have or continue to have a severe and prolonged mental or physical disability. In addition, this information will be used to determine the date my disability began or ceased under the terms of the Canada Pension Plan. I also understand that should I choose not to consent, a decision will be based on the evidence available in my file, which could result in a denial of my claim.

( 医師の氏名 )

私は本書により \_\_\_\_\_ に対して、私がカナダ年金制度に基づく障害者であるかどうかを決定する目的で、私の請求に関してあらゆる医療情報をカナダ人材開発省に開示することを認めます。私が重大かつ長期的な精神障害又は身体障害を負っていること又はこの状態が継続していることを明らかにするのに本情報が不可欠であることを理解しています。さらに、本情報は、カナダ年金制度の条件による私の障害の開始日又は終了日を決定するために使用されます。また、私は、私が同意しないことを選択した場合、私のファイルにある証拠に基づいて決定が下され、その結果私の請求が却下される可能性があることも理解しています。

Year / 年 Month / 月 Day / 日

Signature of Contributor/Applicant  
被保険者 / 申請者の署名

#### NOTICE TO THE MEDICAL DOCTOR / 医師に対する留意事項

- Your patient is applying for a disability pension under the Canada Pension Plan and has provided you with authorization to release information requested in the attached medical report. To assist us in determining eligibility, please complete the report on his/her behalf. Please use a pen and write legibly. **Return it to your patient as quickly as possible. A delay may affect his/her eligibility for benefits.**

貴殿の患者がカナダ年金制度に基づく障害年金を申請し、貴殿に添付の診断書で要求されている情報の開示を許可しました。当方による受給資格の決定に役立てるために、患者のために診断書に記入してください。ペンで、判読できるように書いてください。診断書はできる限り早急に患者にお返ください。遅れた場合、受給資格に影響を及ぼす場合があります。

- To be eligible, an individual must be disabled according to Canada Pension Plan definition.  
受給資格を認められるためには、申請者はカナダ年金制度による障害者の定義に該当しなければなりません。
- A disability is a physical or mental impairment that is both severe and prolonged. "Severe" means that the person is "incapable of pursuing any substantially gainful occupation". "Prolonged" means that the severe disability is expected to continue for a significant time, and that its duration cannot be predicted with any certainty or is likely to result in death.  
障害とは、重度かつ長期に及ぶ身体障害又は精神障害を意味します。「重度」とは、「実質的に有給の職業を定期的に追求することができないことを意味します。「長期に及ぶ」とは、重度の障害が長く継続し、期間を予測することができない、若しくは死に至る可能性が高いことを意味します。
- It is helpful if you can provide some measurement of the patient's functional limitation.  
患者の機能障害の程度を示していただくことができれば役立ちます。
- An applicant may be requested to undergo an independent medical examination by a doctor designated by Human Resources Development Canada.  
申請者はカナダ人材開発省が指名する医師による独立した健康診断の受診を要請される場合があります。
- The decision as to whether or not a person is disabled is the responsibility of the Canada Pension Plan. Objective medical evidence and other factors are considered when determining eligibility.  
申請者が障害者であるか否かはカナダ年金制度が決定します。年金受給可否の決定に際しては、客観的な医学的証拠及びその他のデータが考慮されます。

#### PRIVACY ACT / 個人情報保護法

Pursuant to the Privacy Act, an individual has the right to request access to any information or any records, including medical reports, about him/her in Federal Government files. The information contained on all Canada Pension Plan applications made under a reciprocal social security agreement is contained in Personal Information Bank HRSDC PPU 175.

個人情報保護法に従って、個人には連邦政府のファイルに保管されている自己に関するあらゆる情報又は記録（健康診断を含む）へのアクセスを要求する権利があります。社会保障協定に基づいて提出されるカナダ年金制度のすべての申請書に記載された情報は個人情報バンク HRSDC PPU 175に保存されます。

Note: You may, at your discretion, replace this report with a general narrative in letter form or computer print-out.  
注: 医師は、その裁量により、本診断書用紙の代わりに、一般的記述文書またはコンピュータ出力文書を診断書として提出することもできます。

PLEASE RETAIN THIS AUTHORIZATION / CONSENT FORM FOR YOUR RECORDS  
本許可 / 同意書を記録用として保存しておいてください。

ISP-5875-01-08 E





# Medical Report / 診断書

## To be completed by Contributor/Applicant:

被保険者／申請者記入欄:

Contributor's Canadian Social Insurance Number 被保険者のカナダの社会保険番号		
Contributor's Family Name / 被保険者の姓	Contributor's Given Name / 被保険者の名	
Home Address (No., Street, Apt. No., P.O. Box) / 自宅住所(番地及び通り、部屋番号)      City, Town or Village / 市町村		
Postal Code / 郵便番号	Province / 州	Country / 国
Telephone Number (including area, city or regional code) 電話番号(市外局番号を含む)		

## To be completed by Medical Doctor: / 医師記入欄:

1. Date of patient's first visit: 患者の初診日		Date of patient's last visit: 患者の最終受診日	
Year / 年      Month / 月      Day / 日		Year / 年      Month / 月      Day / 日	
2. Diagnosis(es): 診察・診断内容:			
3. Relevant/significant previous medical history: 関係する／重要な病歴:			
4. Hospitalization: Names of institutions, approximate dates of hospitalization in the past two years, reason(s) for admission and treatment. 入院歴: 医療機関の名称、過去2年間のおおよその入院時期、入院理由と治療内容			
5. Height: 身長:	Weight: 体重:	Blood Pressure: 血圧:	

**6. Observations and positive findings on most recent clinical examination:**

Please note any measurable functional limitations.

**最近の臨床検査に関する観察結果及び陽性結果:**

測定可能な機能制限を記載してください。

**7. Relevant consultant opinions, laboratory reports, X-rays, etc.:**

If you have included any enclosures, do you wish them returned?

Yes  No  
はい いいえ

**関係するコンサルタントの意見、臨床試験報告、放射線など:**

同封物がある場合には返送を希望しますか?

**8. Are any future examinations or medical investigations planned?**

If you said "Yes", please list type, where, when and by whom.

Yes  No  
はい いいえ

**今後検査又は医療調査をする予定ですか?**

「はい」の場合には、種類、実施場所、実施時期、実施者を記載してください。

**9. Current medications:**

Please list by generic or trade name and indicate dosage and frequency.

**現在受けている投薬:**

薬品の一般名又は商品名を挙げ、投与の頻度、投与量を記載してください。

**10. Treatment:**

Please list type and response.

**治療:**

治療の種類と反応を挙げてください。

**11. Summary and Prognosis:**

**要約及び予後診断:**

Medical Doctor's Name  
医師の氏名

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

Address  
住所

Postal Code  
郵便番号

City, Town or Village  
市町村

Country  
国

Family Doctor  
かかりつけの一般医

Speciality, if any  
専門医(専門分野を右欄に記入)

Signature  
署名

Year / 年 Month / 月 Day / 日

\_\_\_\_\_

## Guide for Completing an Application and Supporting Forms for Canada Pension Plan Disability Benefits under the Agreement between Canada and Japan on Social Security

If you:

- reside in Japan; and
- wish to apply for Canada Pension Plan Disability benefits,

you must complete an “Application for Canada Pension Plan Disability Benefits under the Agreement between Canada and Japan on Social Security”\*.

If you have been out of work for twelve months or more, be sure to submit your application as soon as possible. Any delay in submitting your application may mean that you will no longer qualify for a Disability benefit or that you may lose several months of benefit entitlement if your benefit is approved.

This guide has been prepared to help you fill out the application and supporting forms. Please read the guide carefully and follow the instructions which are given. In order to act on your claim as quickly as possible Service Canada *must* have all the information which is requested in the forms. The more accurately the forms are completed, the better we can serve you.

- \* If you wish to apply for a Canadian Old Age Security pension or Canada Pension Plan Retirement, Survivor’s, Surviving Child’s or Death benefit you will have to complete a different form entitled “Application for Canadian Old Age, Retirement and Survivors Benefits under the Agreement between Canada and Japan on Social Security”. This form is available on this website and from your nearest Branch Office of Japan Pension Service.

この記入要領には日本語版もあります  
(『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  
申請書及び付属書類の記入要領』)。

Ce guide est également offert en français sous le titre  
*Guide pour remplir une demande de prestations d’invalidité et les  
formulaires pertinents du Régime de pensions du Canada en vertu de  
l’Accord de sécurité sociale entre le Canada et le Japon*

2009

## Eligibility conditions

To be eligible for a Canada Pension Plan Disability pension, you must:

- be under age 65;
- be disabled;
- have contributed to the Canada Pension Plan anytime since the start of the Plan in 1966;
- have contributed to the Canada Pension Plan or have periods of insurance to the National Pension System and/or the Japanese pension systems for employees during four of the six years immediately prior to your disablement, or three of the six years immediately prior to your disablement provided you have at least 25 years of coverage.

In order to be considered disabled under the Canada Pension Plan, you must have a physical or mental disability which is severe and prolonged. “Severe” means that you cannot regularly pursue any substantially gainful occupation. “Prolonged” means that your disability is likely to be long continued and of indefinite duration, or is likely to result in death.

### *Canada Pension Plan Disabled Contributor’s Child’s benefit*

If you qualify for a Disability pension and if you have in your care a dependent child (including an adopted child), your child may qualify for a Disabled Contributor’s Child’s benefit if he or she is:

- under age 18; or
- age 18 or older, but under age 25, and in full-time attendance at school or university.

**You can apply for this benefit for a child under age 18 who is in your care using the same form on which you apply for your own Disability pension.** (See page 5 of this guide for further details.)

- \* **If your child is age 18 or older, he or she should submit a *separate* application for this benefit. The child will have to complete a form entitled “Application for Canada Pension Plan Child’s Benefits under the Agreement between Canada and Japan on Social Security”.** This form is available on this website and from your nearest Branch Office of Japan Pension Service.

## **Completing the application and supporting forms**

### **Application form**

Correspondence from Service Canada concerning your application will be written in either English or French, whichever you prefer. At the top of the form in the space provided, please indicate the language in which you wish to receive such correspondence.

Please complete all name and address fields in both Roman letters and in Kanji (if you are Japanese).

### **Section 1 – General information about the contributor**

- If you are making an application on behalf of someone who is incapable of applying for a benefit for him or herself, you should provide information concerning the person on whose behalf you are applying. Please attach a statement briefly explaining the reason for which the applicant is incapable of applying for him or herself.

#### *Question 1*

Please give both your Japanese Basic Pension Number and Number on Pension Handbook and Canadian Social Insurance Number. If you do not have a Canadian Social Insurance Number, or if you do not know the number, the information you will give in questions 2 and 4 of the application form may be sufficient to identify you.

#### *Question 2*

Give the name in full (given name or names and family name) as well as the family name at birth (if it is different). The family name at birth is required for correct identification if the name has been changed through marriage or for some other reason.

#### *Question 3*

If the name on the Canadian social insurance card is different from the name given in question 2, please indicate in question 3 the full name *exactly* as it appears on the card. This will assist Service Canada to verify contributions to the Canada Pension Plan and to establish entitlement to Canada Pension Plan Disability benefits.

### *Question 4*

Please indicate your date of birth and submit your birth certificate or extract copy of Family Register.

### *Question 5*

Please indicate your current marital status.

### *Questions 6 and 7*

Your current home address is required in answer to question 6. If you wish to receive correspondence concerning your application as well as benefit payments at a different address, please give this address in answer to question 7; otherwise, go to question 8.

### *Question 8*

The information requested in this question is required to enable Service Canada to establish whether your application falls under the authority of the Canada or the Quebec Pension Plan<sup>1</sup>.

If you have contributed to the Quebec Pension Plan as well as the Canada Pension Plan, it is the province of residence at the time of your departure from Canada which determines the Plan which applies to you. If you contributed to both Plans and you qualify for a Disability benefit, the applicable Plan will pay the entire benefit based on the total contributions to both Plans.

### *Question 9*

If you have resided in a country other than Canada and Japan or made social security contributions in another country, you may be eligible for benefits under that country's social security system. A complete answer to question 9 is important, therefore, to ensure that you receive all the benefits to which you are entitled.

---

<sup>1</sup> The Canada Pension Plan operates throughout Canada except in the province of Quebec where a similar program, the Quebec Pension Plan, is in force.

### *Question 10*

Under the Canada Pension Plan, periods of nil or low earnings spent caring for young children may be disregarded in calculating a benefit; this will often increase the amount of the benefit. To take advantage of this provision, eligibility to Canadian Family Allowances or to the Child Tax Benefit must have existed after 1 January 1966 for children under age 7. If you or your spouse or common-law partner were eligible for Canadian Family Allowances or the Child Tax Benefit for such a child after 1 January 1966, please indicate this fact in response to question 10. If your answer is “Yes”, we will send you a separate form on which you can provide all the specific information required to obtain this advantage.

### **Section 2 – To be completed when applying for a Disabled Contributor’s Child’s benefit for a child under the age of 18**

- A benefit on behalf of a child under the age of 18 is payable to you if he or she is your natural or legally adopted child, and he or she is in your custody and control. **However, if the child is in the custody and control of another person, that person should apply for the benefit on the child’s behalf.**

### *Question 11*

Please list all of your children under the age of 18 on whose behalf you are applying for benefits, indicate their date of birth and submit a birth certificate or extract copy of Family Register for each child. You should also indicate if they are your natural or legally adopted children. If you answered “OTHER”, please explain the circumstances (i.e. are they the natural or adopted children of your spouse or common-law partner?).

### *Question 12*

If you have children in the custody and control of another person, that person should apply for the benefit on the children’s behalf. Please list the children’s names and the person’s name and address. Service Canada will subsequently send an application form directly to that person.

### *Question 13*

Please indicate whether an application has been made for, or if benefits have been received from either the Canada or the Quebec Pension Plan for the children listed in question 11. If your answer is “Yes”, please provide the Social Insurance Number under which benefits were applied for or received.



A child may receive up to two flat-rate benefits under the Canada Pension Plan if both parents were Canada Pension Plan contributors and are either deceased or are disabled and if all conditions of eligibility are met with respect to both benefits.

### **Section 3 – Declaration area**

- Please sign the application form.

In signing the application, you attest to the truth of the information given in the application. You must notify Service Canada of any changes that might affect your or the contributor's continuing eligibility for benefits. This includes: an improvement in your or the contributor's medical condition, a return to full, part-time or trial period of work; attendance at school or university; trade or technical training; or any rehabilitation. You also authorize the Japanese competent institution to furnish to Service Canada information which may affect your or the contributor's entitlement to the Canadian benefits for which you are applying.

- The declaration of witness is required *only* when the contributor or applicant signs by a mark.

### **Questionnaire**

On the questionnaire you should supply information about your situation. By providing the details about your education, work history, benefit history and medical condition, you are ensuring that the Canada Pension Plan has all the necessary information when considering your application.

### **Consent for Service Canada to obtain personal information**

This form authorizes the Canada Pension Plan to obtain personal (medical and non-medical) information about you. The form comes in two versions, one for Service Canada the second for your physician. You must complete, sign and date both forms.

## Medical Report

The Medical Report must be completed by the medical doctor who is most familiar with your disabling medical condition.

- Print your name, address and telephone number in the space provided on the front of this form. Print your Social Insurance Number at the top of each page.
- Ask the doctor to complete the rest of the form and return it to you.

Once the completed medical report is returned to you, place it in an envelope along with the completed application and supporting documents, and take or mail it to your nearest Branch Office of Japan Pension Service..

## Additional information

### *Documents needed*

The following documents are required with your application:

- your birth certificate;
- a birth certificate for each child in your custody and control whom you have listed in Question 11;
- any medical reports, hospital discharge summaries, or other information about your disability that you feel may be helpful to the Canada Pension Plan administration in assessing your disability.

It is better to send certified copies of documents rather than originals. If you choose to send original documents, send them by registered mail. We will return the original documents to you.

We can only accept a photocopy of an original document if it is legible and if it is a certified true copy of the original. You can ask one of the following people to certify your photocopy:

- Accountant
- Chief of First Nations Band
- Employee of a Service Canada Centre acting in an official capacity
- Funeral Director
- Justice of the Peace
- Lawyer, Magistrate, Notary
- Manager of Financial Institution
- Medical and Health Practitioners: Chiropractor, Dentist, Doctor, Pharmacist, Psychologist, Nurse Practitioner, Registered Nurse

- Member of Parliament or their staff
- Member of Provincial Legislature or their staff
- Minister of Religion
- Municipal Clerk
- Official of a federal government department, or one of its agencies
- Official of an Embassy, Consulate or High Commission
- Official of a country with which Canada has a reciprocal social security agreement
- Police Officer
- Postmaster
- Professional Engineer
- Social Worker
- Teacher

People who certify photocopies must compare the original document to the photocopy, state their official position or title, sign and print their name, give their telephone number and indicate the date they certified the document.

They must also write the following statement on the photocopy: **This photocopy is a true copy of the original document which has not been altered in any way.**

If a document has information on both sides, both sides must be copied and certified. You cannot certify photocopies of your own documents, and you cannot ask a relative to do it for you. Please write your Canadian Social Insurance Number on any photocopies you send us.

### *Payment of Disability benefits*

Disability benefits are payable from the fourth month after you are deemed to have become disabled. You may receive up to a maximum of 12 months of retroactive payments.

If you are still receiving a Disability pension when you turn 65, the pension is replaced by a Retirement pension, payable effective the month after your 65<sup>th</sup> birthday. (An application is not required; the pension is converted automatically. You will be advised in writing of your Retirement pension rate.)

Once your pension and any Child's benefit become payable, the amount will be adjusted each January. The adjustment will reflect changes in the cost of living as determined by the Consumer Price Index in Canada.

### *Division of Canada Pension Plan pension credits*

If a marriage ends in divorce or annulment on or after 1 January 1987, the Canada Pension Plan pension credits earned by both spouses during their life together are divided equally between them. This division is mandatory as soon as the Minister of Human Resources and Skills Development receives the information necessary to take this action. If the divorce or annulment

took place before 1 January 1987, different conditions apply and the division of pension credits is not mandatory. As well, if a legal marriage ends in separation after 1 January 1987 and if the separation has lasted one year, either spouse may apply for a division of pension credits. There is no time limit for making application for a division of pension credits following separation, except in the event of the death of one of the separated spouses. Furthermore, former partners in a common-law relationship may apply for a division of pension credits within four years after they have separated, if they have been living apart for one year.

**If you think that you are eligible for a division of Canada Pension Plan pension credits and if you wish to apply, please attach a brief written statement to this effect to your application form.** Service Canada will subsequently send you a special form to obtain the additional information needed to determine whether a division of pension credits is possible.

### *Protection of personal information*

The information requested on the application form will be used to determine your entitlement to a Disability benefit under the *Canada Pension Plan*. Under this legislation, information about you may be provided only to the agencies specifically entitled to receive it. In addition, the *Privacy Act* (Canada) prohibits the disclosure of your records without your consent except in specified circumstances (such as to comply with a warrant or subpoena or to enforce a law).

The information about you relating to your application for Canada Pension Plan Disability benefits will be retained in Personal Information Bank HRSDC PPU 175. You have a right to request access to any information about you which is in federal government files. To help you obtain this information, the government has published an Index of Personal Information. The index and information request forms may be obtained from Canadian embassies, high commissions and consulates.

## 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及び附属書類の記入要領

あなたが、

- 日本に居住していて、
- カナダ年金制度法による障害年金の申請を希望するならば、

あなたは「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」に必要な事項を記入しなければなりません。\*

もし12ヶ月以上無職であるなら、可能な限り早急に必ず申請書を提出してください。申請書の提出が遅れると、障害年金の受給資格がなくなる、或いは給付が承認されても、数ヶ月間年金の受給資格を失うことになるかもしれません。

本要領は申請書及び附属書類の記入を手助けするために準備されたものです。本要領をよく読み、与えられた指示に従ってください。可能な限り迅速にあなたの申請について決定を下すために、サービス・カナダ (Service Canada) は申請書に要求されているすべての情報を把握していなければなりません。書類が正確に作成されれば、その分良いサービスを提供することができます。

- \* カナダ老齢保障年金又はカナダ年金制度法による退職年金、遺族年金、遺族児童手当又は死亡手当の申請を希望する場合は、「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老齢、退職及び遺族年金の申請書」と題する別の様式を使用しなければなりません。この様式は本要領を取得した事務所で入手できます。若しくは、このウェブサイト及び最寄りの年金事務所等からも入手可能です。

This guide is also available in English under the title  
*Guide for Completing an Application and Supporting Forms for  
Canada Pension Plan Disability Benefits under the Agreement  
between Canada and Japan on Social Security*  
Ce guide est également offert en français sous le titre  
*Guide pour remplir une demande de prestations d'invalidité et les  
formulaires pertinents du Régime de pensions du Canada en vertu de  
l'Accord de sécurité sociale entre le Canada et le Japon*

## 受給資格

カナダ年金制度法による障害年金を受ける資格を認められるためには、あなたは次の条件を満たす必要があります。

- 65歳未満である
- 障害がある
- 1966年にカナダ年金制度が開始されて以降、同制度による保険料を納付したことがある
- 障害を負う直前6年間のうち4年間もしくは保険期間が25年以上ある場合は障害を負う直前6年間のうち3年間、カナダ年金制度に基づく保険料を納付している、若しくは日本の国民年金制度及び／又は被用者年金制度の保険期間を有している

カナダ年金制度に基づいて障害者であると見なされるには、重度かつ長期に及ぶ身体障害又は精神障害を有していなければなりません。「重度」とは、実質的に有給の職を定期的に求めることができない状態を意味します。「長期に及ぶ」とは、障害が長く継続し無期限である可能性が高い、若しくは死に至る可能性が高いことを意味します。

## カナダ年金制度法による障害をもつ被保険者の児童手当

あなたが障害年金を受給する資格を有する場合で、あなたに被扶養児童がいる場合（養子を含む）、あなたの子には、次に掲げる状況にあれば、障害をもつ被保険者の児童手当を受ける資格がある可能性があります。

- 18歳未満である、又は
- 18歳以上25歳未満で、全日制の学校又は大学に就学している

あなたが扶養している18歳未満の子については、あなたは自らの障害年金申請と同じ申請書を使って、この給付を申請することができます。（詳しくは5ページで確認してください。）

あなたの子が18歳以上の場合は、該当する子はこの給付のために別の申請書を提出しなければなりません。該当する子は、「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による児童手当の申請書」と題する申請書を使用しなければなりません。この様式は本要領を取得した事務所で入手できます。若しくは、このウェブサイト及び最寄りの年金事務所等からも入手可能です。

## 申請書及び附属書類の記入方法

### 申請書

サービス・カナダ (Service Canada)からのあなたの申請に関する通信文は、英語又はフランス語のいずれかあなたの希望する言語で書かれます。通信文をどちらの言語で受け取りたいかを申請書の最上部にある指定された欄に記入してください。

また、日本人の方については、氏名及び住所の欄にはすべて、漢字及びローマ字で記入してください。

### セクション1－被保険者に関する一般情報

- 自ら年金を申請できない人に代わって申請をする場合は、あなたが、申請をしている人に関する情報を提供しなければなりません。申請者が自ら申請できない理由を簡単に説明した文書を添付してください。

#### 質問1

日本の基礎年金番号又は年金手帳の番号及びカナダ社会保険番号 (SIN) の両方を記入してください。カナダ社会保険番号がない場合、又はその番号を知らない場合でも、申請書のセクション2及び4であなたが記入する情報で、あなたを特定するのに十分かもしれません。

#### 質問2

フルネーム (名と姓) 並びに (異なる場合は) 出生時の姓を記入ください。出生時の姓は、結婚を通じて又はその他の理由で名前が変わっている場合に、正しく身元確認するために要求されます。

#### 質問3

カナダ社会保険カードに記載されている氏名が質問2の回答欄に記入した氏名と異なる場合は、質問3の回答欄に、カードに記載されている通りに正確にフルネームを記入してください。これはサービス・カナダ (Service Canada)がカナダ年金制度法に基づく保険料の納付を確認する際に、またカナダ年金制度法による年金の給付を受ける資格を確立する際に役立ちます。

#### 質問4

あなたの生年月日を記入し、出生証明書又は戸籍抄本を提出してください。



## 質問5

現在の婚姻区分を示してください。

## 質問6及び7

質問6の回答欄には、現在の自宅住所を記入してください。申請及び年金の支払いに関する連絡を別の住所で受け取りたい場合は、その住所を質問7の回答欄に記入してください。そうでない場合は、質問8に進んでください。

## 質問8

この質問で要求される情報は、あなたの申請がカナダ年金制度又はケベック年金制度のいずれの管轄下に入るか、サービス・カナダ (Service Canada) が決定できるようにするために必要です。<sup>1</sup>

あなたがケベック年金制度とカナダ年金制度に基づく保険料を納付してきた場合、どちらの年金制度があなたに適用されるのか決定するのは、カナダを出国した当時あなたが居住していた州です。あなたが両方の年金制度に基づく保険料を納付していて、障害年金を受ける資格がある場合、適用可能な年金制度は、両年金制度に納付された保険料全体に基づいて年金を支払います。

## 質問9

あなたがカナダ及び日本以外の国に居住したことがある場合、若しくは、別の国で社会保障に関する保険料を納付したことがある場合は、その国の社会保障制度に基づく給付を受ける資格があるかもしれません。したがって、質問9に完全に回答することは、受給資格のあるすべての年金をあなたが確実に受け取るために重要です。

## 質問10

カナダ年金制度法に基づき、幼児の養育に従事して所得がゼロ又は低かった期間は、年金の算定に際して除外することができます。これにより給付額が増えることがあります。この規定を利用するには、1966年1月1日以降7歳以下の児童についてカナダ家族手当又はカナダ児童手当 (Child Tax Benefit) を受ける資格が存在していなければなりません。1966年1月1日以降そのような児童について、あなた又はあなたの配偶者又は内縁関係にある人がカナ

---

<sup>1</sup> カナダ年金制度は、ケベック州を除くカナダ全国で実施されています。ケベック州では、同様なケベック年金制度が実施されています。

ダ家族手当又はカナダ児童手当（Child Tax Benefit）を受ける資格があった場合には、質問10の回答欄にこの事実を記入してください。回答が「はい」ならば、この規定を利用するために必要なすべての情報を提供することのできる別の書類を送付します。

## セクション2－障害をもつ被保険者の18歳未満の子供に対する児童手当を申請する際に記入すべき項目

- 18歳未満の児童のための給付は、当該児童が実子又は法律上の養子であって、あなたの保護監督下にある場合は、あなたに支払われます。しかしながら、当該児童が別の人の保護監督下にある場合は、その人が当該児童のために手当を申請しなければなりません。

### 質問11

18歳未満のあなたの子で、あなたが代わって手当を申請している子を全員列挙し、各児童の生年月日を記入し、出生証明書又は戸籍抄本を提出してください。また、彼らがあなたの実子又は法律上の養子であるかどうかを明記してください。「その他」と回答した場合は、その事情を説明してください（例えば、彼らは配偶者又は内縁関係にある人の非嫡出子又は養子ですか）。

### 質問12

あなたに別の人の保護監督下にある子がいる場合、その人が当該児童に代わって給付を申請しなければなりません。該当する子の氏名、その人の氏名及び住所を挙げてください。サービス・カナダ（Service Canada）はそれを受けて申請書をその人に送付します。

### 質問13

質問11で列挙した児童のために、カナダ又はケベック年金制度のいずれかに申請を行ったことがあるか、又は給付をいずれかから受け取ったことがあるか、明記してください。回答が「はい」の場合は、給付の申請又は受け取りに用いた社会保険番号（SIN）を記入してください。

両親がカナダ年金制度法に基づく被保険者であった場合で、死亡又は障害者のいずれかであって、両給付に関して受給資格のすべての条件が充足されている場合には、子はカナダ年金制度法による給付を定額の最大2倍まで受け取ることができます。

## セクション3－宣誓

- 申請書に署名してください。

申請書に署名することにより、あなたは申請書で提供した情報が真実であることを宣誓します。あなたはあなた又は被保険者の受給資格の継続に影響を及ぼし得るいかなる変更についても、サービス・カナダ (Service Canada) に通知しなければなりません。このような変更には、あなた又は被保険者の病状の改善、フルタイム就労、パートタイム就労又は試用期間への復帰、学校又は大学への就学、技能又は技術職業訓練、その他あらゆる形の社会復帰が含まれます。また、あなたは日本の実施機関に対し、申請しているあなた自身又は被保険者のカナダ年金受給資格に影響を与え得る情報をサービス・カナダ (Service Canada) に提供する権限を与えます。

- 証人の宣誓は、被保険者又は申請者が文字ではなく記号で署名する場合にのみ必要となります。

## 質問票

質問票には、あなたの状況についての情報を提供しなければなりません。あなたの学歴、職歴、年金受給履歴及び病状について詳細を提供することによって、カナダ年金制度があなたの申請を審査する際に必要なすべての情報を把握することが確実になります。

## 情報開示許可/ 受診同意書

この書類によって、あなたは、あなたについての医学、職業及び教育情報をカナダ年金制度が取得することに同意します。。あなたはこの書類に必要事項を記入し、署名し日付を入れなければなりません。

## 許可/同意書

この書類により、あなたの医師が情報をカナダ年金制度に開示することが可能になります。この書類に必要事項を記入し、あなたが医師に診断書 (Medical Report) の記入を依頼する際に、医師に提出しなければなりません。

## 診断書 (Medical Report)

診断書 (Medical Report) はあなたの障害の病状を一番良く知っている医師が記入しなければなりません。

- 本書類の表紙に用意された欄にあなたの氏名、住所及び電話番号を活字体で記入してください。各ページの上欄にあなたのカナダの社会保険番号 (SIN) を記入してください。
- 医師に書類の残りを記入のうえ、あなたに返却するよう依頼してください。

記入済みの診断書 (Medical Report) が戻ってきたら、記入済みの申請書及び附属書類と一緒に封筒に入れ、最寄りの年金事務所等に持参又は郵送してください。

## 追加情報

### 必要書類

あなたの申請には以下の書類が必要です。

- あなたの出生証明書又は戸籍抄本
- 質問11で列挙したあなたの保護監督下にある子のそれぞれの出生証明書又は戸籍抄本
- 診断書 (Medical Report)、退院概要書、又はあなたの障害の状況を検討する上でカナダ年金制度の事務局に役立つと思われるあなたの障害に関するその他の情報

添付書類は、原本ではなく認証を受けた複写を送付することをお勧めします。原本を送付される場合は、書留便をご利用ください。原本は返却いたします。

書類の複写は、判読可能で、原本の真正な複写であるとの認証を受けたもののみ申請の添付書類として認められます。複写の認証をすることができるのは、以下のいずれかに該当する人です。

- 日本年金機構及び／又はその他の日本の実施機関の職員
- 会計士
- ファーストネーションズ・バンド (集団) のチーフ
- サービスカナダ・センター (Service Canada Centre / Centre Service Canada) の職員 (正規職務の一環として認証を行う場合)
- 葬儀師
- 治安判事 (Justice of the Peace)

- 弁護士、判事（Magistrate）、公証人
- 金融機関の管理職者
- 医療専門職従事者：カイロプラクター、歯科医師、医師、薬剤師、精神分析医、看護師、検眼士、眼科医
- 国会議員、国会議員付きスタッフ
- 州議会議員、州議会議員付きスタッフ
- 宗教団体指導者（例：牧師、イマーム）
- 市町村職員
- 連邦政府・州政府省庁職員
- 大使館、領事館、高等弁務官事務所の職員
- カナダが社会保障協定を結んでいる国の公務員
- 警察官
- 郵便局長
- プロフェッショナルエンジニア（技術士）
- ソーシャルワーカー
- 教師

複写文書の認証者は、原本と複写を比較検証した上で、複写文書に署名するとともに氏名を活字体で記し、公式の職責名・肩書き、電話番号と認証した日付を記載する必要があります。

さらに、複写文書に次の文を記される必要があります：**This photocopy is a true copy of the original document which has not been altered in any way.**（この複写文書は原本の真正な写しであり、いかなる変更も加えられておりません。）

複写を提出する文書の両面に情報が記載されている場合は、両面を複写し、認証を受けなければなりません。本人および親戚による複写文書の認証は認められません。提出するすべての複写文書には、申請者のカナダ社会保険番号（SIN）を記載してください。

## 障害年金の支給

障害年金は障害を負ったと見なされた4ヶ月後から支給されます。最大12ヶ月遡及して支払いを受けることができます。

65歳になったときに障害年金をまだ受け取っている場合、年金は65歳の誕生月の翌月から発効する退職年金に切り替えられます（申請は必要ありません。年金は自動的に変更されます。書面で退職年金額が通知されます）。

あなたの年金及び児童手当が支払い可能になると、金額は毎年1月に調整されます。調整はカナダの消費者物価指数によって決定される生活費の変化を反映するものになります。

## カナダ年金制度法に基づく年金受給資格の分割

1987年1月1日以降に、結婚が離婚又は婚姻無効宣告により解消された場合、婚姻生活の間に両配偶者によって獲得されたカナダ年金制度法に基づく年金受給資格は、両者間で平等に分割されます。この分割は、カナダ人材開発大臣がこの措置を講じるのに必要な情報を受け取り次第、職権により命ぜられます。離婚または婚姻無効宣告が1987年1月1日より前に発生した場合は、違う条件が適用され、年金受給資格の分割は強制されません。また、正式な結婚が1987年1月1日以降に別居に至った場合で、その別居が1年続いた場合は、いずれかの配偶者は年金受給資格の分割を申請することができます。別居に従って、年金受給資格の分割を申請するのに、期限はありません。ただし、別居中の配偶者の一人が死亡した場合を除きます。さらに、かつて内縁関係にあった人は、1年間別れて暮らしている場合、別居してから4年以内は年金受給資格の分割を申請することができます。

**あなたがカナダ年金制度法に基づく年金受給資格の分割を受ける資格があると思われる場合であって、申請を希望する場合は、その趣旨の簡単な書面を申請書に添付してください。** サービス・カナダ (Service Canada) は、それを受けて、年金受給資格の分割が可能か否かを決定するのに必要な追加情報を取得するために、別の申請書を送付します。

## 個人情報保護

申請書で要求される情報は、カナダ年金制度法に基づく障害年金について、あなたの受給資格を決定するために使われます。この法律に基づき、あなたに関する情報はそれを受け取る資格のある機関にのみ提供されます。さらに、個人情報保護法 (カナダ) は、特定の状況 (令状又は召喚令状を遵守するため、若しくは法律を執行するためなど) を除き、あなたの同意なしにあなたの記録を開示することを禁じています。

カナダ年金制度法による障害年金の申請に関連するあなたに関する情報は、個人情報バンク HRSDC PPU 175 に保管されます。あなたには連邦政府のファイルに保管されているあなたに関するいかなる情報にもアクセスを請求する権利があります。この情報を入手するために、政府は個人情報索引を発行しています。索引及び情報請求書式は、カナダ大使館、高等弁務官事務所及び領事館で入手することができます。