



J/CAN 1.1

DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA EN VERTU DE L'ACCORD DE SÉCURITÉ SOCIALE ENTRE LE CANADA ET LE JAPON

Fichier de renseignements personnels RHDSC PPU 175
個人情報バンク
Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

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

<p>Quelle langue préférez-vous utiliser pour la correspondance? 通信文はどちらの言語を希望しますか？</p> <p><input type="checkbox"/> Français / 英語 <input type="checkbox"/> Anglais / フランス語</p>	<p>Veillez :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lire le guide ci-joint 同封の要領をお読みください
--	--

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE COTISANT セクション1- 被保険者に関する情報				A l'usage exclusif de l'institution compétente japonaise 日本の実施機関専用欄							
1. Numéro de pension de base japonaise 日本の基礎年金番号又は年金手帳番号		Numéro d'assurance sociale du Canada カナダの社会保険番号		Date de réception : 受理日:							
2. <input type="checkbox"/> Homme / 男 <input type="checkbox"/> Femme / 女 Prénom / 名 Nom de famille / 姓 Nom de famille à la naissance / 出生時の姓		3. Nom figurant sur la carte d'assurance sociale du Canada カナダ社会保険カードの氏名 <input type="checkbox"/> même nom qu'à la question 2 ou / 質問2に同じ		Vérifié par : 確認者:							
4. Date de naissance (veuillez fournir un certificat de naissance ou un livret de famille) 生年月日(出生証明書又は戸籍抄本を提出してください)		Année / 年 Mois / 月 Jour / 日		Vérifié par : 確認者:							
5. État civil / 婚姻状況 <input type="checkbox"/> Célibataire / 独身 <input type="checkbox"/> Marié / 既婚 <input type="checkbox"/> Séparé / 別居 <input type="checkbox"/> Veuf / 寡婦・寡夫 <input type="checkbox"/> Divorcé / 離婚 <input type="checkbox"/> Union de fait / 内縁関係											
6. Adresse du domicile (N ^o , rue, app.) / 自宅住所(番地及び通り、部屋番号)											
Code Postal / 郵便番号		Ville ou Village / 市町村		Pays / 国							
7. Adresse postale (N ^o , rue, app.) 郵送先住所(番地及び通り、部屋番号) <input type="checkbox"/> même adresse qu'à la question 6 ou 質問6に同じ			8. Dans quelle province du Canada habitez-vous avant de quitter le pays? / 最後に居住していたカナダの州								
9. Indiquez les périodes de résidence et/ou d'emploi dans un pays autre que le Canada et le Japon. 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。											
Nom du pays 国名	Numéro de sécurité sociale dans ce pays 左の国での社会保障番号	Résidence / 居住期間				Emploi / 雇用期間				Une prestation a-t-elle été demandée? これまでの給付請求の有無	
		De / 開始		À / 終了		De / 開始		À / 終了		Oui あり	Non いいえ
		Année 年	Mois 月	Année 年	Mois 月	Année 年	Mois 月	Année 年	Mois 月		
10. Depuis le 1 ^{er} janvier 1966, est-ce que le cotisant ou son époux ou conjoint de fait a été admissible aux allocations familiales ou à la prestation fiscale pour enfants du Canada pour un enfant né après le 31 décembre 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？											
Cotisant 被保険者			Époux ou conjoint de fait 配偶者又は内縁関係にある人								
<input type="checkbox"/> Oui はい			<input type="checkbox"/> Non いいえ								
<input type="checkbox"/> Oui はい			<input type="checkbox"/> Non いいえ								

SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS DU COTISANT / セクション2- 被保険者の子に関する情報			
11. Avez-vous des enfants de moins de 18 ans à votre charge? 監護下及び監督下にある18歳未満の子がいますか？ <input type="checkbox"/> Oui / はい Si <<Oui>>, répondez à la question 11 et joignez au formulaire un certificat de naissance ou un livret de famille. <input type="checkbox"/> Non / 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。		Avez-vous des enfants âgés de 18 à 25 ans qui vont à l'école ou à l'université à plein temps? 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？ <input type="checkbox"/> Oui / はい <input type="checkbox"/> Non / いいえ Si <<Oui>>, chaque enfant devrait remplir une demande distincte 「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. Prénom de l'enfant / 子の名		Nom de famille 姓	
<input type="checkbox"/> Garçon / 男 <input type="checkbox"/> Fille / 女		Date de naissance 生年月日	
Année / 年 Mois / 月 Jour / 日		A l'usage exclusif de l'institution compétente japonaise 日本の実施機関専用欄	
Vérifié par : 確認者:		Vérifié par : 確認者:	
<input type="checkbox"/> Enfant naturel <input type="checkbox"/> Enfant adopté légalement <input type="checkbox"/> Autre 実子 法律上の養子 その他 Si vous avez répondu <<Autre>>, précisez : 「その他」と答えた場合には、状況を説明してください。			

SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS DU COTISANT (SUITE) セクション2- 被保険者の子に関する情報(続き)			
11B. Prénom de l'enfant / 子の名		Nom de famille / 姓	
<input type="checkbox"/> Garçon / 男 <input type="checkbox"/> Fille / 女		Date de naissance 生年月日	Année / 年 Mois / 月 Jour / 日
<input type="checkbox"/> Enfant naturel <input type="checkbox"/> Enfant adopté légalement <input type="checkbox"/> Autre 実子 法律上の養子 その他 Si vous avez répondu <<Autre>>, précisez : 「その他」と答えた場合には、状況を説明してください。			
À l'usage exclusif de l'institution compétente japonaise 日本の実施機関用使用欄 Vérifié par : 確認者:			
SI VOUS MANQUEZ D'ESPACE AUX QUESTIONS 11 ET/OU 12 POUR INSCRIRE TOUS VOS ENFANTS, UTILISEZ UNE AUTRE FEUILLE ET JOIGNEZ-LA AU FORMULAIRE. 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. Si vous avez un enfant naturel ou un enfant adopté légalement qui a moins de 18 ans et est à la charge d'une autre personne, veuillez donner les renseignements suivants : 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. Prénom et nom de l'enfant 子の氏名		Prénom et nom du tuteur 監護者の氏名	Adresse du tuteur (N ^o , rue, app.) 監護者の住所
12B. Prénom et nom de l'enfant 子の氏名		Prénom et nom du tuteur 監護者の氏名	Adresse du tuteur (N ^o , rue, app.) 監護者の住所
13. Les organismes suivants ont-ils déjà reçu une demande de prestations ou versé des prestations au nom de l'un de vos enfants mentionnés à la question 11? / 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：			
		DEMANDE	PRESTATIONS
Régime de pensions du Canada カナダ年金制度	<input type="checkbox"/> Oui はい	<input type="checkbox"/> Non いいえ	<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ
Régime de rentes du Quebec ケベック年金制度	<input type="checkbox"/> Oui はい	<input type="checkbox"/> Non いいえ	<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ
Si vous avez répondu <<Oui>>, à l'une des questions, indiquez le(s) numéro(s) d'assurance sociale qui a (ont) été utilisé(s). 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：			
Numéro d'assurance sociale 社会保険番号		Numéro d'assurance sociale 社会保険番号	

TOUTE DÉCLARATION FAUSSE OU TROMPEUSE FAITE DANS LA PRÉSENTE DEMANDE CONSTITUE UNE INFRACTION AUX TERMES DE LA LOI CANADIENNE

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 - À SIGNER PAR LE DEMANDEUR OU, SI LA SIGNATURE EST UNE CROIX, PAR UN TÉMOIN.	
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	
REMARQUE : Si vous présentez la demande au nom du demandeur, veuillez donner sur une page séparée votre nom, votre adresse et la raison de cette demande.	
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. DÉCLARATION DU DEMANDEUR		DÉCLARATION DU TÉMOIN 証人の宣誓	
Par la présente, je demande à recevoir des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada et je déclare que, autant que je sache, tous les renseignements donnés ici sont vérifiés et complets. J'accepte d'informer Développement des ressources humaines Canada de tout changement qui pourrait avoir des conséquences pour ce qui est de mon admissibilité aux prestations. J'autorise l'institution compétente japonaise à donner à Développement des ressources humaines Canada tous les renseignements et toutes les pièces justificatives en sa possession qui sont liés ou qui pourraient être liés à la présente demande de prestations. De plus, je reconnais que mes renseignements personnels sont régis par la Loi sur la protection des renseignements personnels du Canada et qu'ils peuvent être divulgués quand l'autorise le Régime de pensions du Canada. 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。		J'ai lu le contenu de la présente demande au demandeur. Il semble avoir bien compris les questions et a signé le formulaire en ma présence en apposant une croix. 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 DU DEMANDEUR / 申請人の署 Date de la demande / 申請日 Année / 年 Mois / 月 Jour / 日 Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) 電話番号(市外局番を含む) []		Signature du témoin 証人の署名 Nom du témoin (en lettres moulées) 証人の氏名(活字体で記入してください) Adresse du témoin (N ^o , rue, app.) 証人の住所	
REMARQUE : La signature par une croix est acceptée si une personne responsable est témoin et remplit la déclaration ci-contre. 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。			

À L'USAGE EXCLUSIF DE L'ORGANISME DE LIAISON DU CANADA / カナダ連絡機関記入欄							
Date de réception Année Mois Jour 		En vigueur le Année Mois Jour 		Date de paiement Année Mois Jour 		Âge A B T 	
Certifié par : Date				Vérifié par : Date			



Questionnaire

Relatif aux prestations d'invalidité, Régime de pensions du Canada

カナダ年金制度の障害年金に関する 質問票

Fichier de renseignements personnels
RHDSC PPU 175

個人情報バンク

Le genre masculin est utilisé sans
aucune discrimination et dans le seul but
d'alléger le texte.

<p>Nom de famille du cotisant 被保険者の姓</p>	<p>Numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada 被保険者のカナダの社会保険番号</p>
<p>Prénom du cotisant 被保険者の名</p>	

Renseignements sur vos études, vos antécédents professionnels, votre dossier de prestataire et votre état de santé

学歴・職歴・受給歴・健康状態に関する情報

Éducation

学歴

<p>1. Quelle a été la dernière année d'études que vous avez terminée? 最終学歴</p>	<p>2. Avez-vous fréquenté le collège ou l'université? 大学、短大、専門学校に就学しましたか？ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non はい いいえ</p> <p>Si vous avez répondu <<Oui>>, veuillez indiquer combien d'années ou le diplôme reçu. 「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. Avez-vous déjà suivi une formation technique ou commerciale ou un apprentissage? 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？ Si vous avez répondu <<Oui>>, veuillez indiquer le genre. 「はい」の場合、その種類を明示してください。</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non はい いいえ</p>
--	---

<p>4. Au cours des deux dernières années, avez-vous suivi des cours de formation technique ou commerciale, d'apprentissage ou de perfectionnement? 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？ Si vous avez répondu <<Oui>>, veuillez indiquer les dates, le nom et l'adresse de l'école (des écoles) et le genre de programme. 「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>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non はい いいえ</p>
--	---

Nom(s) de (des) l'école(s) 学校名	Adresse(s) de (des) l'école(s) 学校の住所	Genre de programme プログラムの種類	Date 日付

<p>5. Prévoyez-vous suivre des cours de formation ou de perfectionnement? 訓練又は学力向上の計画がありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non はい いいえ</p>	<p>Si vous avez répondu <<Oui>>, veuillez expliquer. 「はい」の場合には説明してください</p>
--	---	--

Antécédents professionnels / 職歴

6. SI VOUS TRAVAILLEZ AU MOMENT DE VOTRE DEMANDE / 申請時の就労状況			
<p>Travaillez-vous actuellement? 現在就労していますか？</p>	<p>▶ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶ はい いいえ</p>	<p>Si vous avez répondu <<Non>>, passez à la question 7. 「いはい」の場合には質問7に進んでください。</p>	
Si vous avez répondu <<Oui>>, veuillez donner les détails suivants : 「はい」の場合には次の詳細情報を提供してください：			
Genre de travail : 仕事の種類:	<input type="checkbox"/> Employé 被用者 <input type="checkbox"/> Plein temps フルタイム	<input type="checkbox"/> Autonome 自営業者 <input type="checkbox"/> Temps partiel パートタイム	<input type="checkbox"/> Bénévole ボランティア <input type="checkbox"/> Saisonnier 季節労働者
Nombre d'heures par jour : 一日あたりの就労時間:	Nombre de jours par semaine : 週の就労日数:	Salaire horaire : 時給	ou quotidien : 又は日給

Antécédents professionnels (suite)

職歴(続き)

7. SI VOUS NE TRAVAILLEZ PAS AU MOMENT DE VOTRE DEMANDE / 申請時に就労していない場合

a) Indiquez le nom et l'adresse de votre employeur le plus récent. / 直近の雇用先の名称及び住所

Nom / 名称

Adresse / 住所

b) Date du début du travail (avec votre employeur le plus récent) :

就労開始時(直近の雇用先)

Année / 年 Mois / 月

--	--	--	--	--	--	--	--

Date d'arrêt du travail (dernier jour avec votre employeur le plus récent) :

就労停止日(直近の雇用先での就労最終日)

Année / 年 Mois / 月 Jour / 日

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

c) Quel genre de travail faisiez-vous?

職種

Pourquoi avez-vous arrêté de travailler?

就労を停止した理由

8. Avez-vous fait un autre genre de travail au cours des cinq dernières années?

過去5年間に他の種類の労働をしましたか?

Oui Non Si vous avez répondu <<Oui>>, indiquez le genre de travail et les dates (incluez tout travail fait à l'extérieur du Canada)
はい いいえ 「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を含む)

Année / 年 Mois / 月

Année / 年 Mois / 月

1.	de / 開始日	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									au / 終了日	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
2.	de / 開始日	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									au / 終了日	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
3.	de / 開始日	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									au / 終了日	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
4.	de / 開始日	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									au / 終了日	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
5.	de / 開始日	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									au / 終了日	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								

Travail autonome 自営

Remarque : si vous n'êtes pas travailleur autonome, passez à la 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. Veuillez décrire votre entreprise et indiquer le nombre d'employés. / 事業の内容(従業員数を含む)を説明してください。

10. Quand avez-vous lancé l'entreprise?
事業開始時期

Année / 年 Mois / 月

--	--	--	--	--	--	--	--

11. Quel genre de travail faisiez-vous dans l'entreprise?
当該事業におけるあなたの職種

12. L'entreprise est-elle actuellement en exploitation?
その事業は現在も継続していますか?

Oui Non
はい いいえ

Si vous avez répondu <<Non>>, qu'est devenue l'entreprise?
「いはい」の場合、事業はどうなりましたか?

Vendue Louée Participation aux Transférée Autre
売却 賃貸 利益分配 譲渡 その他

Si vous avez répondu <<Oui>>, travaillez-vous dans l'entreprise?
「はい」の場合、あなたはこの事業で就労していますか?

Oui Non
はい いいえ

Quel genre de travail faites-vous?
それはどんな職種ですか?

Si vous ne travaillez pas dans l'entreprise, comment fonctionne-t-elle?
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. À quelle année remonte la dernière déclaration de revenus de l'entreprise qui a été produite à votre nom?

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?

Année / 年

14. Vous déclarerez-vous comme travailleur autonome aux fins de l'impôt cette année?

今年の所得税は自営業者として申告しますか?

Oui Non
はい いいえ

Autre travail

その他の労働活動

15. Au cours des deux dernières années, avez-vous fait un autre travail parallèlement à votre emploi principal (comme du travail agricole à temps partiel, un travail de nuit ou un autre emploi)?

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?

- Non
いいえ Si vous avez répondu <<Non>>, passez à la question 16. Genre de travail :
「はい」の場合には質問16に進んでください。 職種:
- Oui
はい Si vous avez répondu <<Oui>>, veuillez donner les détails suivants :
「はい」の場合に次の詳細情報を提供してください。 _____

Date de début du travail / 就労開始時期: Année / 年 Mois / 月	Date d'arrêt du travail / 就労停止日: Année / 年 Mois / 月	Nombre d'heures de travail par jour : 一日あたりの労働
--	--	---

Nom de l'employeur (s'il y a lieu) / 雇用先の名称(該当する場合)

Adresse (nº, rue, app.) / 住所(番地及び通り、部屋番号)

Ville ou village / 市町村

Code postal / 郵便番号

Province / 州

Pays / 国

16. Avant d'arrêter de travailler, avez-vous été obligé d'assumer des fonctions moins lourdes ou de faire un genre de travail différent?

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が?

- Oui Non Si vous avez répondu <<Oui>>, veuillez expliquer, en donnant les dates, si cela est 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. Votre médecin vous a-t-il dit quand vous pourriez retourner travailler? / 医師から仕事に復帰できる時期を聞いていますか?

- Oui Non Si vous avez répondu <<Oui>>, veuillez indiquer la date. Année / 年 Mois / 月 Jour / 日
はい いいえ 「はい」の場合、日付を記載してください。 _____

18. Prévoyez-vous retourner travailler ou chercher du travail dans un proche avenir? 近い将来仕事に復帰するか又は仕事を探す計画ですか?

- Oui Non Si vous avez répondu <<Oui>>, veuillez expliquer, en donnant tout date connue.
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。

Dossier de prestataire

受給歴

19. Votre état actuel est-il couvert par : / あなたの現状は次のいずれかの対象になっていますか:

Des prestations de congé de maladie versées par l'employeur? Oui Non Un régime d'assurance-invalidité? Oui Non
雇用先の病欠休暇給付 はい いいえ なんらかの障害保険 はい いいえ

Si vous avez répondu <<Oui>> à l'un ou l'autre des programmes précédents, veuillez indiquer le nom de la (des) compagnie(s) d'assurance.
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。

Indemnités pour accident de travail

労働災害保険

20. Vos problèmes de santé sont-ils couverts par des indemnités pour accident du travail?

あなたの健康問題は労災保険の適用対象になっていますか?

- Oui Non Si vous avez répondu <<Oui>> veuillez donner des détails dans chaque cas.
はい いいえ 「はい」の場合、1件ごとに詳細を記載してください

Numéro de la demande 請求番号	Province 州	Année 年	Raison 理由	Genre de prestation 給付の種類

État de santé / 健康状態

21. Indiquez votre :

Taille : / 身長

Poids : / 体重

22. Quelle est votre principale incapacité? / あなたの主な障害はどのような状態ですか?

État de santé (suite)

健康状態(続き)

23. Avez-vous d'autres incapacités ou déficiences liées à votre santé? 他に健康に関連した状態又は機能障害がありますか?

Oui Non Si vous avez répondu <<Oui>> veuillez expliquer.
はい いいえ 「はい」の場合、説明をしてください。

24. Quelle est la date approximative à laquelle vous estimiez ne plus pouvoir travailler en raison de votre incapacité?

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?

Année / 年 Mois / 月

--	--	--	--	--	--	--	--

25. Votre principale invalidité résulte-t-elle d'une blessure causée par un 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?

Oui Non Si vous avez répondu <<Oui>>, veuillez indiquer la date et décrire les circonstances de l'accident et les blessures qui en ont résulté. 「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。

Année / 年 Mois / 月 Jour / 日

26. Avez-vous été obligé d'arrêter certaines activités comme des passe-temps, des sports ou du travail bénévole?

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?

Oui Non Si vous avez répondu <<Oui>>, veuillez expliquer et indiquer les dates dont vous pouvez vous souvenir.
はい いいえ 「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. Veuillez décrire les difficultés et restrictions (ou les deux) dont vous souffrez pour ce qui est des activités suivantes :

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:

Être assis / 座ること	Entendre / 聞くこと
Être debout / 立つこと	Parler / 話すこと
Marcher / 歩くこと	Se souvenir / 思い出すこと
Soulever un objet / 持ち上げること	Se concentrer / 集中すること
Transporter un objet / 運ぶこと	Dormir / 眠ること
Se pencher / 屈伸すること	Respirer / 呼吸すること
Besoins personnels (manger, se laver les cheveux, s'habiller, etc.) 日常生活の基本動作(飲食、洗髪、着衣など)	Conduire une automobile / 車を運転すること
Voir / 見ること	Utiliser les transports en commun / 公共交通機関を利用すること

28. Veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du médecin qui remplira votre rapport médical.

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。

Prénom et nom de famille du médecin / 医師の氏名		Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) 電話番号(市外局番号を含む) []
Adresse (no, rue, app.) / 住所(番地及び通り、部屋番号)	Ville ou village / 市町村	
Code postal / 郵便番号	Province / 州	
Pays / 国		
Quand avez-vous consulté ce médecin pour la première fois? 初診日	Année / 年 Mois / 月	Quelle est la date de votre dernière visite? 最後の受診日
Année / 年 Mois / 月		Année / 年 Mois / 月 Jour / 日

Quelles étaient les raisons de vos visites? / 受診の理由

29. Veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de tout autre médecin ou spécialiste que vous avez vu depuis deux ans (espace fourni pour deux médecins).

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. Prénom et nom de famille du médecin / 医師の氏名		Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) 電話番号(市外局番号を含む) []	
Adresse (nº, rue, app.) / 住所(番地及び通り、部屋番号)		Ville ou village / 市町村	
Code postal / 郵便番号	Province / 州	Pays / 国	
Quand avez-vous consulté ce médecin pour la première fois? 初診日	Année / 年 Mois / 月	Quelle est la date de votre dernière visite? 最後の受診日	Année / 年 Mois / 月 Jour / 日
Quelles étaient les raisons de vos visites? / 受診の理由			

2. Prénom et nom de famille du médecin / 医師の氏名		Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) 電話番号(市外局番号を含む) []	
Adresse (nº, rue, app.) / 住所(番地及び通り、部屋番号)		Ville ou village / 市町村	
Code postal / 郵便番号	Province / 州	Pays / 国	
Quand avez-vous consulté ce médecin pour la première fois? 初診日	Année / 年 Mois / 月	Quelle est la date de votre dernière visite? 最後の受診日	Année / 年 Mois / 月 Jour / 日
Quelles étaient les raisons de vos visites? / 受診の理由			

30. Au cours des deux dernières années, avez-vous été admis à l'hôpital? Oui Non
はい いいえ

過去2年間に入院しましたか?

Si vous avez répondu <<Oui>>, indiquez le nom et l'adresse de l'hôpital (des hôpitaux) (espace fourni pour deux hôpitaux).

「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. Nom de l'hôpital 病院名		Si vous avez répondu <<Oui>>, indiquez le nom et l'adresse de l'hôpital (des hôpitaux) (espace fourni pour deux hôpitaux).	
Adresse de l'hôpital 病院の所在地		「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)	
Quand avez-vous été admis? 入院日	Année / 年 Mois / 月 Jour / 日	Quand êtes-vous sorti? 退院日	Année / 年 Mois / 月 Jour / 日
Pourquoi avez-vous été admis? Veuillez expliquer. 入院理由		Qui était le médecin traitant? 担当医	

2. Nom de l'hôpital 病院名		Si vous avez répondu <<Oui>>, indiquez le nom et l'adresse de l'hôpital (des hôpitaux) (espace fourni pour deux hôpitaux).	
Adresse de l'hôpital 病院の所在地		「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)	
Quand avez-vous été admis? 入院日	Année / 年 Mois / 月 Jour / 日	Quand êtes-vous sorti? 退院日	Année / 年 Mois / 月 Jour / 日
Pourquoi avez-vous été admis? Veuillez expliquer. 入院理由		Qui était le médecin traitant? 担当医	

Si vous manquez d'espace pour énumérer tous les hôpitaux auxquels vous avez été admis, veuillez utiliser une feuille de papier séparée.
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. Veuillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement. À quelle fréquence? Quelle est la dose?
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. Veuillez indiquer tout autre traitement, évaluation ou examen médical actuel ou futur.
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. Veuillez indiquer les appareils médicaux que vous utilisez, par exemple : béquilles, canne, supports de membres, attelles, orthèses, fauteuil roulant, appareil auditif, stimulateur cardiaque, accessoire de stomie, prothèses.
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、ギプス、車椅子、補聴器、パースメーカー、造瘻器具、義手・義足類

IMPORTANT / 重要

Je conviens d'informer Développement des ressources humaines Canada de toute amélioration de mon état de santé et de tout travail que je pourrais entreprendre. / 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 du cotisant/demandeur
被保険者/申請者の署名

Année / 年 Mois / 月 Jour / 日

[]



**Autorisation de dévoiler des renseignements /
Consentement à une évaluation médicale**

個人情報バンク

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

情報開示許可 / 受診同意書

Nom de famille du cotisant / 被保険者の姓		Numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada 被保険者のカナダの社会保険番号	
Prénom du cotisant / 被保険者の名		Ville ou village / 市町村	
Adresse du cotisant (n ^o , rue, app.) / 自宅住所(番地及び通り、部屋番号)		Code postal / 郵便番号	
Province / 州	Pays / 国	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) 電話番号(市外局番号を含む) []	

Par les présentes, j'autorise les médecins, hôpitaux, employeurs, établissements scolaires, institutions étrangères compétentes et les autres organismes médicaux ou professionnels, ainsi que les commissions d'accidents du travail ou les administrateurs de régimes privés d'assurance à divulguer à Développement des ressources humaines Canada les renseignements qu'ils possèdent afin d'aider à déterminer si je suis invalide aux termes du Régime de pensions du Canada.

En vue de fournir d'autres preuves médicales d'invalidité, je consens, sur demande de Développement des ressources humaines Canada, à être examiné par un médecin qualifié ou par un spécialiste consultant et à subir les tests de diagnostic que ce médecin ou ce spécialiste jugera nécessaires. J'autorise également Développement des ressources humaines Canada à fournir au médecin, pour les fins de cet examen, tout renseignement médical pertinent au sujet de mon invalidité.

Tout renseignement personnel que possède Développement des ressources humaines Canada est protégé aux termes de la loi régissant le Régime de pensions du Canada et de la Loi sur la protection des renseignements personnels. J'ai le droit de demander l'accès à ces renseignements.

J'ai lu les déclarations ci-dessus. Je comprends que cette information est essentielle pour établir si je suis touché ou continue d'être touché par une invalidité mentale ou physique grave et prolongée. De plus, cette information servira à établir la date de début et d'arrêt de mon invalidité aux termes du Régime de pensions du Canada. Je comprends également que, si je refuse d'y consentir, les renseignements contenus dans mon dossier serviront à prendre une décision qui pourra m'être défavorable.

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す。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 du cotisant/demandeur 被保険者／申請者の署名		Année / 年		Mois / 月		Jour / 日	
Doit être rempli par un témoin lorsque le cotisant/demandeur signe au moyen d'une croix, ou par le représentant dans le but de déterminer si le cotisant est invalide. 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。		Année / 年		Mois / 月		Jour / 日	
Signature du témoin 証人の署名		Année / 年		Mois / 月		Jour / 日	
Nom de famille du témoin / 証人の姓		Prénom du témoin / 証人の名					
Adresse du domicile (no, rue, app.) / 自宅住所(番地及び通り、部屋番号私書箱)		Ville ou village / 市町村名					
Code postal / 郵便番号	Province / 州	Pays / 国	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) 電話番号(市外局番号を含む) []				

La présente autorisation et le présent consentement demeurent en vigueur pour deux ans à partir de la date de signature, à moins d'une révocation antérieure par écrit par le cotisant/demandeur ou le représentant qui signe ce formulaire. Tout document reproduit par photocopieur ou bélinographe est considéré comme étant l'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。



Formulaire d'autorisation et de consentement

個人情報バンク
Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

許可／同意書

Nom de famille du cotisant / 被保険者の姓

Numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada
被保険者のカナダの社会保険番号

Prénom du cotisant / 被保険者の名

(Name of Medical Doctor)

Par les présentes, j'autorise _____ à communiquer, à Développement des ressources humaines Canada tout renseignement médical pertinent afin d'aider à déterminer si je suis invalide aux termes du Régime de pensions du Canada. Je comprends que cette information est essentielle pour établir si je suis touché ou continue d'être touché par une invalidité mentale ou physique grave et prolongée. De plus, cette information servira à établir la date de début et d'arrêt de mon invalidité aux termes du Régime de pensions du Canada. Je comprends également que, si je refuse d'y consentir, les renseignements contenus dans mon dossier serviront à prendre une décision qui pourra m'être défavorable.

(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。

Signature du cotisant/demandeur
被保険者／申請者の署名

Année /年 Mois /月 Jour /日

AVIS AU MÉDECIN / 医師に対する留意事項

• Votre patient a présenté une demande de pensions d'invalidité aux termes du Régime de pensions du Canada et vous a autorisé à divulguer des renseignements à son sujet. Pour nous aider à déterminer son admissibilité, nous vous saurions gré de remplir le rapport médical au nom de votre patient et de lui envoyer le plus tôt possible. Veuillez écrire à l'encre et lisiblement. Un retard pourrait influencer sur l'admissibilité de votre patient aux prestations.

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。

• Pour être admissible, une personne doit être invalide selon la définition du Régime de pensions du Canada.
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。

• L'invalidité est une déficience physique ou mentale grave et prolongée. <<Grave>> signifie que la personne est <<régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice>>. <<Prolongée>> signifie que l'invalidité grave devrait persister longtemps et qu'on ne peut établir sa durée avec certitude ou qu'elle entraînera vraisemblablement le décès.

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。

• Il serait utile que vous nous fournissiez une évaluation des restrictions fonctionnelles du patient ou de la patiente.
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。

• Les personnes qui font une demande peuvent être tenues de subir un examen médical indépendant par un médecin désigné par Développement des ressources humaines 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。

• L'établissement de l'invalidité est une décision qui relève du Régime de pensions du Canada, d'après des preuves médicales objectives et d'autres facteurs.

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。

LOI SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS / 個人情報保護法

Conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels, toute personne a le droit de consulter les renseignements ou dossiers, dont les rapports médicaux, que possède l'administration publique fédérale à son sujet. L'information contenue dans toutes les demandes au Régime de pensions du Canada qui sont présentées aux termes d'un accord réciproque de sécurité sociale figure dans les fichiers de renseignements personnels RHDSC 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 RHDSC PPU 175に保存されます。

Remarques : Vous pouvez, à votre discrétion, remplacer ce rapport par une lettre ou un imprimé d'ordinateur décrivant le cas d'une façon générale.

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。

VEUILLEZ CONSERVER LA FORMULE D'AUTORISATION ET DE CONSENTEMENT DANS VOS DOSSIERS

本許可／同意書を記録用として保存しておいてください。



Rapport médical / 診断書

Le genre masculin est utilisé sans aucune
discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Doit être rempli par le cotisant/demandeur :

被保険者／申請者記入欄:

		Numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada 被保険者のカナダの社会保険番号	
Nom de famille du cotisant / 被保険者の姓		Prénom du cotisant / 被保険者の名	
Adresse du domicile (nO, rue, app.) / 自宅住所(番地及び通り、部屋番号)		Ville ou Village / 市町村	
Code postal / 郵便番号	Province / 州	Pays / 国	
Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) 電話番号(市外局番号を含む)			

Doit être rempli par le médecin / 医師記入欄:

1. Date de la première visite du patient : 患者の初診日		Date de la dernière visite du patient : 患者の最終受診日	
Année / 年 Mois / 月 Jour / 日		Année / 年 Mois / 月 Jour / 日	
2. Diagnostic(s): 診察・診断内容:			
3. Antécédents médicaux pertinents / importants : 関係する／重要な病歴:			
4. Hospitalisation : Nom des établissements, dates approximatives d'hospitalisation au cours des deux dernières années et raison(s) de l'admission et du traitement. 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. Taille : 身長: _____	Poids : 体重: _____	Tension artérielle : 血圧: _____	

6. Observations et constatations positives sur le plus récent examen clinique :

Veillez indiquer toute restriction fonctionnelle mesurable.

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. Opinions de consultants, rapports de laboratoire, radiographies, etc., pertinents :

Si vous avez joint des pièces, desirez-vous les avoir?

Oui Non
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. Prévoyez-vous effectuer d'autres examens ou évaluations médicales?

Si << Oui >>, veuillez indiquer la nature de l'examen, l'endroit, la date et par qui.

Oui Non
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. Médicaments actuels :

Énumérez les médicaments par nom générique ou commercial et indiquez la dose et la fréquence.

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. Traitement :

Veillez indiquer le genre et la réaction.

治療:

治療の種類と反応を挙げてください。

11. Résumé et pronostic :

要約及び予後診断:

Nom du médecin
医師の氏名

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain)
電話番号(市外局番号を含む)

Adresse
住所

Code postal
郵便番号

Ville ou village
市町村

Pays
国

Médecin de famille Spécialité, le cas échéant
かかりつけの一般医 専門医(専門分野を右欄に記入)

Signature
署名

Année / 年 Mois / 月 Jour / 日

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

Si vous :

- résidez au Japon; et
- souhaitez présenter une demande de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada,

vous devez remplir une « Demande de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada en vertu de l'Accord de sécurité sociale entre le Canada et le Japon »*.

Si vous ne travaillez plus depuis au moins 12 mois, veuillez présenter votre demande le plus tôt possible. Si vous tardez à présenter votre demande, vous n'aurez peut-être plus droit à une prestation d'invalidité ou vous perdrez peut-être plusieurs mois de prestations si votre demande est approuvée.

Le présent guide a été préparé pour vous aider à remplir le formulaire de demande et les formulaires pertinents. Veuillez lire le guide attentivement et suivre les instructions qui y sont données. Pour que votre demande puisse être traitée le plus rapidement possible, Service Canada *doit* avoir toute l'information qui est demandée sur les formulaires. Nous vous offrons un meilleur service si les formulaires sont dûment remplis.

- * Si vous souhaitez présenter une demande de pension de la Sécurité de la vieillesse du Canada ou une demande de prestations de retraite, de survivant, d'enfant survivant ou de décès du Régime de pensions du Canada, vous devrez remplir un formulaire intitulé « Demande de prestations canadiennes de vieillesse, de retraite et de survivants en vertu de l'Accord de sécurité sociale entre le Canada et le Japon ». Ce formulaire est disponible sur ce site et à votre bureau du service de pension du Japon le plus près.

この記入要領には日本語版もあります。

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*

Conditions d'admissibilité

Pour avoir droit à une pension d'invalidité du Régime de pensions du Canada, vous devez :

- avoir moins de 65 ans;
- être invalide;
- avoir cotisé au Régime de pensions du Canada à n'importe quel moment depuis l'entrée en vigueur du Régime en 1966;
- avoir cotisé au Régime de pensions du Canada ou avoir des périodes d'assurance au régime de la Pension Nationale et/ou aux régimes japonais de pensions des salariés durant quatre des six années précédant immédiatement votre invalidité ou trois des six années précédant immédiatement votre invalidité à condition que vous avez au moins 25 ans de couverture.

Pour être considéré comme une personne invalide aux termes du Régime de pensions du Canada, vous devez avoir une invalidité physique ou mentale qui est grave et prolongée. Une invalidité « grave » signifie que vous êtes régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice. Une invalidité « prolongée » signifie qu'elle durera vraisemblablement pendant une période longue et indéfinie ou qu'elle entraînera vraisemblablement le décès.

Prestation d'enfant de cotisant invalide du Régime de pensions du Canada

Si vous avez droit à une pension d'invalidité et si vous vous occupez d'un enfant à charge (y compris un enfant adopté), cet enfant peut avoir droit à une prestation d'enfant de cotisant invalide si cette personne a :

- moins de 18 ans; ou
- entre 18 et 25 ans et fréquente une école ou une université à temps plein.

Vous pouvez présenter une demande de prestations pour un enfant à votre charge âgé de moins de 18 ans sur le même formulaire que vous utilisez pour demander votre propre pension d'invalidité. (On trouve de plus amples renseignements à la page 5 du présent guide).

Si votre enfant a 18 ans ou plus, il devrait présenter une demande *distincte* pour recevoir cette prestation. L'enfant doit remplir un formulaire intitulé « Demande de prestations d'enfant du Régime de pensions du Canada en vertu de l'Accord de sécurité sociale entre le Canada et le Japon ». Ce formulaire est disponible sur ce site et à votre bureau du service de pension du Japon le plus près.

Pour remplir votre formulaire de demande et les formulaires pertinents

Formulaire de demande

La correspondance concernant votre demande qu'enverra Service Canada sera rédigée en français ou en anglais, selon votre choix. Dans la partie supérieure du formulaire, à la section prévue, veuillez indiquer la langue dans laquelle vous souhaitez recevoir cette correspondance.

Veuillez remplir les champs « Nom » et « Adresse » en lettres romaines et en caractères Kanji (si vous êtes japonais).

Section 1 – Renseignements généraux sur le cotisant

- Si vous présentez une demande de prestations au nom d'une personne qui est incapable de le faire elle-même, vous devriez fournir des renseignements concernant cette personne. Veuillez joindre une déclaration qui explique brièvement la raison pour laquelle le demandeur est incapable de présenter une demande.

Question 1

Veuillez indiquer votre numéro de pension de base du Japon ou numéro figurant dans le guide d'information sur les pensions ainsi que votre numéro d'assurance sociale au Canada. Si vous n'avez pas de numéro d'assurance sociale au Canada ou si vous ne connaissez pas ce renseignement, l'information que vous donnerez aux questions 2 et 4 du formulaire de demande peut suffire à vous identifier.

Question 2

Donnez le nom au complet (prénom et nom de famille) de même que le nom de famille à la naissance (s'il est différent). Le nom de famille à la naissance permettra d'identifier correctement le demandeur si le nom a été changé à la suite d'un mariage ou pour toute autre raison.

Question 3

Si le nom figurant sur la carte d'assurance sociale du Canada est différent du nom indiqué à la question 2, veuillez indiquer à la question 3 le nom au complet, *exactement* comme il figure sur la carte. Ainsi, nous pourrons plus facilement vérifier les cotisations au Régime de pensions du Canada afin d'établir l'admissibilité aux prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada.

Question 4

Veillez indiquer votre date de naissance et présenter votre certificat de naissance ou une copie de l'extrait du livret de famille.

Question 5

Veillez indiquer votre état civil actuel.

Questions 6 et 7

L'adresse de votre domicile actuel est demandée à la question 6. Si vous souhaitez recevoir la correspondance concernant votre demande ainsi que les prestations à une autre adresse, veuillez indiquer cette adresse à la question 7; sinon, passez à la question 8.

Question 8

L'information demandée à cette question est nécessaire pour que Service Canada puisse déterminer si votre demande relève de l'autorité du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec¹.

Si vous avez cotisé au Régime de rentes du Québec et au Régime de pensions du Canada, c'est la province de résidence au moment de votre départ du Canada qui détermine le régime qui s'applique à vous. Si vous avez cotisé aux deux régimes et si vous avez droit à une prestation d'invalidité, le régime applicable paiera le montant total de la prestation d'après les cotisations totales aux deux régimes.

Question 9

Si vous avez résidé dans un pays autre que le Canada et le Japon ou si vous avez versé des cotisations de sécurité sociale dans un autre pays, vous pouvez avoir droit à des prestations dans le cadre du système de sécurité sociale de ce pays. Par conséquent, vous devez donner une réponse complète à la question 9 pour que vous receviez toutes les prestations auxquelles vous avez droit.

¹ Le Régime de pensions du Canada est appliqué dans tout le Canada, sauf dans la province de Québec où il existe un programme semblable, le Régime de rentes du Québec.

Question 10

En vertu du Régime de pensions du Canada, les périodes de gains nuls ou peu élevés pendant lesquelles vous avez pris soin de jeunes enfants peuvent ne pas être prises en considération au moment du calcul d'une prestation; cela fera souvent augmenter le montant de la prestation. Pour que cette disposition s'applique, il faut avoir été admissible aux Allocations familiales ou à la prestation fiscale pour enfants du Canada après le 1^{er} janvier 1966 pour des enfants de moins de 7 ans. Si vous ou votre époux ou conjoint de fait avez été admissible aux Allocations familiales ou à la prestation fiscale pour enfants du Canada pour un enfant de moins de 7 ans après le 1^{er} janvier 1966, veuillez l'indiquer à la question 10. Si votre réponse est « Oui », nous vous enverrons un formulaire distinct sur lequel vous pourrez donner tous les renseignements particuliers dont nous aurons besoin pour que cette disposition s'applique.

Section 2 – À remplir si vous présentez une demande de prestation d'enfant de cotisant invalide pour un enfant de moins de 18 ans

- Une prestation pour un enfant de moins de 18 ans peut vous être versée si cette personne est votre enfant naturel ou un enfant adopté légalement et si vous en avez la garde et la surveillance. **Cependant, si une autre personne a la garde et la surveillance de cet enfant, elle devrait présenter une demande de prestations pour lui.**

Question 11

Veuillez dresser une liste de tous vos enfants de moins de 18 ans pour lesquels vous présentez une demande de prestation, indiquer leur date de naissance et présenter un certificat de naissance ou une copie de l'extrait du livret de famille pour chaque enfant. Vous devriez également indiquer s'ils sont vos enfants naturels ou des enfants adoptés légalement. Si vous avez répondu « AUTRE », veuillez expliquer les circonstances (c'est-à-dire, s'agit-il d'enfants naturels ou d'enfants adoptés légalement de votre époux ou conjoint de fait?).

Question 12

Si une autre personne a la garde et la surveillance des enfants, elle devrait présenter une demande de prestations pour eux. Veuillez indiquer le nom des enfants ainsi que le nom et l'adresse de la personne. Service Canada enverra par la suite un formulaire de demande directement à cette personne.

Question 13

Veillez indiquer si une demande de prestations a été présentée ou si des prestations ont été reçues dans le cadre du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec pour les enfants indiqués à la question 11. Si votre réponse est « Oui », veillez indiquer le numéro d'assurance sociale sous lequel les prestations ont été demandées ou reçues.

Un enfant peut recevoir jusqu'à deux prestations uniformes en vertu du Régime de pensions du Canada si les deux parents étaient des cotisants au Régime de pensions du Canada et s'ils sont décédés ou invalides, et si toutes les conditions d'admissibilité sont respectées à l'égard des deux prestations.

Section 3 – Partie réservée aux déclarations

- Veillez signer le formulaire de demande.

En signant la demande, vous atteste la vérité de l'information qui y est fournie. Vous devez informer Service Canada de tout changement qui pourrait modifier la continuité de votre admissibilité ou de celle du cotisant aux prestations. Il peut s'agir de l'amélioration de votre état de santé ou de celui du cotisant; du retour à un travail à plein temps, à temps partiel, ou à une période de travail d'essai; de la fréquentation d'une école ou d'une université; de la formation dans les métiers ou de la formation technique; ou d'une réadaptation. Vous autorisez également l'institution compétente japonaise à fournir à Service Canada l'information qui peut modifier votre admissibilité ou celle du cotisant aux prestations canadiennes demandées.

- La déclaration du témoin est nécessaire *seulement* lorsque le cotisant, ou le demandeur, signe au moyen d'une croix.

Questionnaire

Sur le questionnaire, vous devriez donner des renseignements sur votre situation. Si vous fournissez des détails sur vos études, vos antécédents professionnels, vos prestations et votre état de santé, le Régime de pensions du Canada aura toutes les données nécessaires lors de l'examen de votre demande.

Formulaire de consentement autorisant Service Canada à obtenir des renseignements personnels

Ce formulaire autorise le Régime de pensions du Canada à obtenir des renseignements personnels (médicaux ou non) vous concernant. Ce formulaire est disponible en deux versions. Un pour Service Canada et un pour le médecin. Vous devez remplir, signer et dater ce formulaire

Rapport médical

Le Rapport médical doit être rempli par le médecin qui connaît le mieux votre état de santé incapacitant.

- Inscrivez en majuscules votre nom, votre adresse et votre numéro de téléphone à l'espace prévu, à la page couverture du formulaire. Indiquez votre numéro d'assurance sociale à la partie supérieure de chaque page.
- Demandez au médecin qu'il remplisse le reste du formulaire et qu'il vous le renvoie.

Dès que le rapport médical rempli vous est renvoyé, mettez-le dans une enveloppe avec le formulaire de demande et les documents pertinents remplis et apportez ou postez le tout à votre bureau du service de pension du Japon le plus près.

Renseignements supplémentaires

Documents nécessaires

Il est nécessaire de joindre les documents suivants à votre demande :

- votre certificat de naissance;
- un certificat de naissance pour chaque enfant sous votre garde et votre surveillance que vous avez inscrit à la question 11;
- tout rapport médical, document de sortie d'hôpital ou autre renseignement qui, à votre avis, pourrait aider l'administration du Régime de pensions du Canada à déterminer la nature de votre invalidité.

Il est préférable d'envoyer des photocopies certifiées de documents plutôt que les originaux. Si vous nous envoyez vos documents originaux, veuillez le faire par courrier recommandé. Nous vous retournerons tous vos originaux.

Nous acceptons les photocopies seulement si elles sont lisibles certifiées conformes aux documents originaux. Vous pouvez demander à une des personnes suivantes de certifier vos photocopies :

- Avocat
- Chef de bande des Premières nations
- Comptable
- Directeur d'un établissement financier
- Employé d'un centre de Service Canada qui agit à titre officiel
- Employé d'un ministère fédéral ou provincial ou de l'une de ses agences
- Enseignant
- Entrepreneur de pompes funèbres
- Greffier municipal
- Ingénieur
- Juge de paix
- Magistrat
- Maître de poste
- Membre du Parlement ou son personnel
- Membre d'une assemblée législative provinciale ou son personnel
- Ministre du culte
- Notaire
- Policier
- Professionnel de la santé : chiropraticien, dentiste, médecin, pharmacien, psychologue, infirmier autorisé et infirmier praticien
- Représentant d'une ambassade, d'un consulat ou d'un haut-commissariat
- Représentant d'un pays avec lequel le Canada a conclu un accord de réciprocité en matière de sécurité sociale
- Travailleur social

La personne qui certifie la photocopie doit la comparer à l'original, indiquer son poste ou son titre officiel, écrire son nom en lettres moulées, indiquer son numéro de téléphone, inscrire la date à laquelle elle certifie le document et le signer.

Elle doit aussi inscrire ce qui suit sur la photocopie : **Photocopie conforme au document original, qui n'a pas été modifié d'aucune façon.**

Si le document a des renseignements des deux côtés, les deux côtés doivent être photocopiés et certifiés. Vous ne pouvez pas certifier les photocopies de vos propres documents et vous ne pouvez pas demander à un parent de le faire pour vous. Veuillez inscrire votre numéro d'assurance sociale au Canada sur les photocopies que vous nous envoyez.

Versement des prestations d'invalidité

Des prestations d'invalidité sont versées à partir du quatrième mois suivant la date à laquelle vous êtes réputé être devenu invalide. Vous pouvez recevoir des versements rétroactifs pour un maximum de 12 mois.

Si vous recevez encore une pension d'invalidité au moment où vous atteignez l'âge de 65 ans, la pension est remplacée par une pension de retraite, qui est versée à partir du mois suivant votre 65^e anniversaire de naissance. (La présentation d'une demande n'est pas nécessaire; la pension est convertie automatiquement. On vous informera par écrit du taux de votre pension de retraite.)

Dès que votre pension et que toute prestation d'enfant commencent à être versées, le montant sera rajusté en janvier de chaque année. Ce rajustement tient compte des fluctuations du coût de la vie selon l'indice des prix à la consommation au Canada.

Division des crédits de pension du Régime de pensions du Canada

Si un mariage se termine par un divorce ou une annulation à partir du 1^{er} janvier 1987, les crédits de pension du Régime de pensions du Canada accumulés par les deux époux durant leur vie ensemble sont divisés également entre ces personnes. Cette division est obligatoire dès que le ministre des Ressources humaines et Développement social reçoit l'information lui permettant de prendre cette mesure. Si le divorce ou l'annulation a eu lieu avant le 1^{er} janvier 1987, d'autres conditions s'appliquent, et la division des crédits de pension n'est pas obligatoire. De même, si un mariage légal s'est terminé par une séparation après le 1^{er} janvier 1987 et si la séparation a duré une année, l'un ou l'autre des époux peut présenter une demande de division des crédits de pension. Aucun délai n'est fixé pour la présentation d'une demande de division des crédits de pension après la séparation, sauf dans le cas du décès de l'un des époux séparés. De plus, les anciens conjoints de fait peuvent présenter une demande de division des crédits de pension dans les quatre années suivant leur séparation, s'ils vivent séparément depuis un an.

Si vous pensez avoir droit à une division des crédits de pension du Régime de pensions du Canada et si vous voulez en faire la demande, veuillez joindre à votre demande une courte déclaration écrite à cet effet. Service Canada vous enverra par la suite un formulaire spécial sur lequel vous pourrez fournir les renseignements nécessaires pour déterminer si une division des crédits de pension peut être faite.

Protection des renseignements personnels

Les renseignements demandés sur le formulaire de demande serviront à déterminer votre admissibilité à une prestation d'invalidité en vertu du *Régime de pensions du Canada*. Les dispositions législatives du Régime prévoient que les renseignements à votre sujet peuvent être fournis seulement aux organismes qui ont le droit de les recevoir. De plus, la *Loi sur la protection des renseignements personnels* (Canada) interdit la divulgation de vos dossiers sans votre consentement, sauf dans des circonstances particulières (comme pour respecter un mandat ou une citation à comparaître, ou pour faire appliquer une loi).

Les renseignements à votre sujet qui portent sur votre demande de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada seront versés aux fichiers de renseignements personnels

RHDSC PPU 175. Vous avez le droit de demander à consulter tout renseignement à votre sujet que possède le gouvernement fédéral. Pour vous aider à obtenir ces renseignements, le gouvernement a publié un Répertoire des renseignements personnels. Vous pouvez vous procurer le répertoire et les formulaires de demande de renseignements aux ambassades, aux hauts-commissariats et aux consulats du Canada.

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。¹

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

¹ 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も明記してください。「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。