障害者手帳障害年金等に係る同意書

年　　　月　　　日

都道府県知事・指定都市市長　殿

（同意者）

住所　〒

氏名

（本人との続柄）

私は、精神障害者保健福祉手帳の交付申請にあたり、日本年金機構等の年金の支給権者に対し、下記の事項について照会することに同意します。

**固定文言１**

記

対象者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □同意者に同じ | | |

同意事項

支給されている障害年金、特別障害給付金の支給事由及び障害等級等について

**固定文言２**

情報照会先等の把握のため、次の１～２を記載してください。

|  |
| --- |
| １．現在受給されている障害年金、特別障害給付金を支給している機関を、以下から○で囲んでください。  １．日本年金機構（障害年金／特別障害給付金） ２．国家公務員共済組合連合会  ３．地方職員共済組合 ４．地方職員共済組合団体共済部 ５．公立学校共済組合  ６．警察共済組合 ７．東京都職員共済組合 ８．全国市町村職員共済組合連合会  ９．日本私立学校振興・共済事業団 |
| ２．現在受給されている障害年金、特別障害給付金は、いつから支給されていますか。  （　　　　　　年　　　月 ） |

**自由記載１**

**固定文言４**

**固定文言３**