

障害者手帳障害年金等に係る同意書

年　　月　　日

茨城県知事 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、下記の障害年金等に係る、障害種別、障害等級、具体的傷病名について、日本年金機構又は各共済組合等への照会することに同意します。

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

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。 ※該当する項目に○をつけてください。 |
| • 申請日から2か月以内 • 申請日から2か月以上前 |

- (注) 1 日本年金機構から支給されている場合は、障害年金、特別障害給付金のいずれかを○で囲んでください。
2 現在受給されている障害年金、特別障害給付金について、「申請日から2か月以内」の場合は、年金証書番号が分かる書類（年金証書や年金振込通知書等）の写しを添付してください。