

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

对象者

フリガナ			
氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	〒 □同意者と同じ		

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。