

障害者手帳障害年金等に係る同意書

年 月 日

青森県知事 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、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。

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. 現在支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 )