

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、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	〒 <input type="checkbox"/> 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。

<p>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。</p> <p>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</p>
<p>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。</p> <p>(年 月)</p>