

障害年金等に係る照会同意(確認)書

※ 手帳の交付を求める本人に関する事項

| | | | |
|--------------------------|---|------|-------------------|
| フリガナ | | | |
| 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 ()歳 |
| 住所 | 電話 () | | |
| 障害種別 | 障害基礎 ・ 障害厚生 ・ 障害共済 ・ その他 () | | |
| 障害年金等の 年金番号・ 年金コード | | | |
| 障害年金 支給機関 | 1. 日本年金機構 | | 6. 国家公務員共済組合連合会 |
| | 2. 警察共済組合 | | 7. 地方職員共済組合団体共済部 |
| | 3. 地方職員共済組合 | | 8. 全国市町村職員共済組合連合会 |
| | 4. 公立学校共済組合 | | 9. 日本私立学校振興・共済事業団 |
| | 5. 東京都職員共済組合 | | |
| 確認項目 | 過去にDV防止法等の適用を受けていた方または年金情報の情報連携を希望しない方は○を入れてください。 | | |

※ 障害年金等の番号が2つある方は、同意(確認)書が2通必要です

(あて先) 仙台市長

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳発行のために、私の障害年金または特別障害給付金等の障害種別(精神障害以外の場合は障害内容)、障害等級及び受給状況等について関係機関へ照会することに同意します。

また、手帳申請のために障害年金等の障害等級及び受給状況の照会を行うに際して次の事項について確認しました。

- 1 障害年金等の確認による手帳の交付は、現在、精神障害を理由に障害年金を受給していることを要件とすることを確認しました。
- 2 障害年金等の確認による手帳認定では、精神障害を支給事由とする障害年金の等級と手帳の等級が同じ等級となることを確認しました。
- 3 障害年金等の申請、判定状況によっては、精神障害者保健福祉手帳を交付できない場合があることを確認しました。

年 月 日

同意(確認)者氏名
(または法定代理人)