

障害年金や特別障害給付金を受給されている方は、精神障害者保健福祉手帳の交付にあたり、マイナンバーを利用して確認できる情報によって認定を行いますので、以下の事項及び同意書の記載をお願いいたします。

1. 現在受給されている年金等種別について、□にチェックをしてください。

障害年金 特別障害給付金

2. 現在受給されている障害年金の支給機関について、□にチェックをしてください。

<input type="checkbox"/> 日本年金機構	<input type="checkbox"/> 国家公務員共済組合連合会
<input type="checkbox"/> 地方職員共済組合	<input type="checkbox"/> 地方職員共済組合団体共済部
<input type="checkbox"/> 公立学校共済組合	<input type="checkbox"/> 警察共済組合
<input type="checkbox"/> 東京都職員共済組合	<input type="checkbox"/> 全国市町村職員共済組合連合会
<input type="checkbox"/> 日本私立学校振興・共済事業団	

3. 現在受給されている年金・給付金は、いつから支給されていますか。

支給開始： 1か月以内 それ以前

4. マイナンバーによって確認できる情報により精神障害者保健福祉手帳の交付判定ができない場合は、日本年金機構または各共済組合等へあらためて文書照会を行いますので、以下の同意書への記載をお願いします。

同意書

精神障害者保健福祉手帳の交付判定にあたり、日本年金機構または各共済組合等へ照会することに同意します。

令和 年 月 日

申請者（本人）氏名

生年月日 年 月 日

住 所

堺 市 長 様