同意書（障害年金・特別障害給付金受給者用）

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。

＊受給権を有するのみの場合は、障害年金等の受給に基づく手帳の交付はできません。

**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

　（精神障害のための障害年金又は特別障害給付金を受給中であることをご確認ください。）

**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。**

□ 日本年金機構　 □ 国家公務員共済組合連合会

□ 地方職員共済組合　 □ 地方職員共済組合団体共済部

□ 公立学校共済組合　 □ 警察共済組合

□ 東京都職員共済組合　 □ 全国市町村職員共済組合連合会

□ 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