

マイナンバーをお持ちの方は以下の事項及び同意書の記載をお願いします。

1. 現在受給されている障害年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） 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
10. 日本年金機構（特別障害給付金）

2. 現在、受給されている障害年金は、いつから支給されていますか。

()

3. 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けるにあたり、マイナンバーの情報連携によって、障害種別、障害等級、具体的傷病名等について、年金事務所又は各共済組合等へ照会することに同意される方は、以下の同意書の記載をお願いします。

なお、マイナンバーの情報連携によっても、障害種別、障害等級、具体的傷病名等について確認ができない場合には、追加の資料の提出を求める場合がありますので、ご了承ください。

同意書

精神障害者保健福祉手帳の交付を受けるにあたり、マイナンバーの情報連携によって、障害種別、障害等級、具体的傷病名等について、年金事務所又は各共済組合等へ照会することに同意します。

また、マイナンバーの情報連携によって、判定できない場合は、文書による照会を年金事務所又は各共済組合等へ照会することに同意します。

年 月 日

申請者（本人）氏名

生年月日 年 月 日

住 所

（同意書を提出した方が本人でない場合は、以下を記入してください。）

氏 名

（続柄： ）

住 所

東京都知事 殿