

受付 No.

1. 現在受給されている障害年金の記号番号及び年金コード
(記号番号: _____ 年金コード: _____)
2. 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/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
3. 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。(不明の場合は記載不要)
(_____)

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、マイナンバーを活用した情報連携又はその他関係書類によって確認できる情報により障害等級の判定ができない場合には、障害種別、障害等級、具体的傷病名について、岩手県が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。

岩手県知事 様

令和 年 月 日

申請者（精神障がい者本人）氏名

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