

マイナンバーにより精神障害者保健福祉手帳の交付や更新、障害等級の変更の申請を行われる方は、以下の事項及び同意書の記載をお願いします。

障害年金や特別障害者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って、マイナンバーによって受給情報を確認し認定を行います。

つきましては、以下の事項及び同意書の記載をお願いいたします。

- 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。
 - 日本年金機構(障害年金／特別障害者給付金)
 - 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

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。

(昭和・平成・令和 年 月 より受給)

3. 精神障害者保健福祉手帳の交付にあたり、マイナンバーによって確認できる情報により障害等級の判定を行いますが、判定できない場合には、年金事務所又は各共済組合等へ種害種別、障害等級、具体的傷病名を照会することになります。年金事務所又は各共済組合等へ照会することに同意していただける方は、以下の同意書の記載をお願いします。

なお、同意されない場合又はこの照会によっても、障害等級の判定ができない場合には、診断書の提出を求めることとなりますので、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、障害種別、障害等級、具体的傷病名について、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。

令和 年 月 日

申請者(本人)氏名

印

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

印

(続柄:

)

住 所

山形県知事 殿

※署名は、自署又は記名押印。

〇市町村受付窓口使用欄 ※年金証書の写しの添付が困難な場合のみ記載してください

・年金実施機関

・基礎年金番号

・記入担当課確認欄

印