

障 害 年 金 に 係 る 照 会 同 意 書

令和 年 月 日

宮城県知事

殿

住 所

ふ り が な

氏 名

生年月日 年 月 日生

私の受給している下記の障害年金について、精神障害者保健福祉手帳交付事務に必要な範囲において、関係機関に照会することに同意します。

記

1 障害年金を支給している機関（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

2 障害年金証書の記号番号

3 備考

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。判定できない場合には、年金事務所又は各共済組合等へ障害種別、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、記載をお願いします。

なお、同意されない場合又は上記の照会によっても、障害等級の判定ができない場合には、年金証書等の写しや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。