

同意書

私は、精神障害者保健福祉手帳制度実施要領第二の3（3）による精神障害者手帳の交付等の申請をするにあたり、下記について貴職が照会されることに同意します。

- 1 マイナンバーを利用した情報連携による情報確認。
- 2 （1）により確認できない場合には、年金事務所又は共済組合等への障害種別、障害等級、具体的傷病名の照会。

令和 年 月 日

岐阜県知事 様

住 所

氏 名

※後见人氏名の場合は登記簿の写しを添付して下さい。

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

※裏面の確認事項もご確認ください。

障害年金や特別障害年金受給を証明する書類を添付して

「精神保健福祉手帳」交付を申請する方へ

1 添付書類として障害年金の証書の写し等を手帳の申請に用いることができる

のは、精神障害を理由として障害年金または特別障害給付金を現に受給している方（知的障害者を除く）です。

障害年金の更新を忘れているなどで障害年金の支給が止まっている方は、障害年金や特別障害年金受給を証明する書類を添付しての申請はできません。（障害年金の支給が再開されたら申請できます）。

2 手帳の等級は、現に受給している障害年金の等級と同じになります。

※年金 1 級→手帳 1 級

年金 2 級→手帳 2 級

年金 3 級→手帳 3 級