

障害年金や特別障害給付金を受給している方へ

障害年金や特別障害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、従来、年金証書等や特別障害給付金受給資格者証等の写しをご提出いただいていたりましたが、マイナンバーを記載いただくことにより、マイナンバーで確認できる情報により認定を行いますので、当該添付書類が不要となります。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。
※11を選択した場合や未記入の場合は全ての機関に年金受給情報等を照会する可能性があります。

| | | | | | |
|---|----------------|---|----------------|----|---------------------|
| 1 | 日本年金機構(障害年金) | 5 | 警察共済組合 | 9 | 地方職員共済組合団体共済部 |
| 2 | 地方職員共済組合 | 6 | 東京都職員共済組合 | 10 | 日本年金機構 (特別障害給付金) |
| 3 | 公立学校共済組合 | 7 | 国家公務員共済組合連合会 | | |
| 4 | 全国市町村職員共済組合連合会 | 8 | 日本私立学校振興・共済事業団 | 11 | 不明 |

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。

(年 月) から ・ 不明

3. 精神障害者保健福祉手帳の交付にあたり、マイナンバーで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、日本年金機構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。日本年金機構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、日本年金機構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

(同意書の記載を後見人が行った場合は、以下を記入してください。)

氏 名

千葉県知事 様

住 所