別紙

障害年金や特別障害給付金を受給している方へ

個人番号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当たって、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ましたが、個人番号で申請いただくことで、個人番号によって確認できる情報によって認定を行いますので、当該添付資料が不要となります。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。

該当するものに○をする。

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。
⑴　日本年金機構（障害年金／特別障害給付金）　⑵　国家公務員共済組合連合会
⑶　地方職員共済組合　⑷　地方職員共済組合団体共済部　⑸　公立学校共済組合
⑹　警察共済組合　⑺　東京都職員共済組合　⑻　全国市町村職員共済組合連合会
⑼　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。
（

「平成○年から受給」のように記入する。

3　精神障害者保健福祉手帳の交付に当たり、個人番号によって
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
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、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、年金証書等の写しや診断書の提出を求めることになりますので、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当たり、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。

年　　月　　日

申請者（本人）氏名

生年月日　　年　　月　　日

住　　所

香川県知事　殿