別紙様式

障 害 年 金 等 に 係 る 照 会 同 意 書

令和 　　年 　　 月 　　日

茨城県知事　殿

申請者（本人）住　　所

氏　　名

生年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日

精神障害者保健福祉手帳の交付を受けるにあたり、下記の障害年金等に係る、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。

記

※ 該当する項目に○をつけてください。

１．障害年金等の種別

・ 障害年金　　　　　　　　　　　　　　・ 特別障害給付金

２．障害年金等を支給している機関

・ 日本年金機構

・ 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

３．障害年金等の支給開始時期

　・ 申請日から２か月以内　　　　　　　　・ 申請日から２か月以上前

　　　　　　　↓

「申請日から２か月以内」の場合は、年金証書番号が分かる書類（年金証書や年金振込通知書等）の写しを添付してください。