

同 意 書

令和 年 月 日

山 口 県 知 事 様

精神障害者本人

住 所

氏 名

※精神障害者本人氏名については、自筆による署名とすること。

私は、精神障害者保健福祉手帳の交付申請にあたり、支給されている障害年金、特別給付金の支給事由及び障害等級等について、日本年金機構等の年金の支給権者に照会することに同意します。

情報照会先等の把握のため、現在受給されている障害年金、特別障害給付金を支給している機関の番号を○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 |