

別記

第1号様式

同 意 書

年 月 日

柏 崎 市 長 様

(申請者本人)

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

(同意書を提出した方が本人ではない場合は、以下を記入してください。)

(代筆者)

住 所

氏 名

(続柄：)

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、具体的傷病名等について、マイナンバー等により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。

確認事項

1. 現在受給されている障害年金を支給している機関を、○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
 10. その他 ()
2. 現在支給されている障害年金は、いつから支給されていますか。
()