

同意書

精神障害者保健福祉手帳の交付のため、マイナンバーの情報連携等による日本年金機構又は各共済組合等への照会など、必要事項の調査について同意いたします。

【現在受給されている障害年金の照会先】

- | | | | | |
|--|-------|-------|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> 日本年金機構（国民年金・厚生年金） | （受給開始 | 年 | 月～） | |
| <input type="checkbox"/> 国家公務員共済組合連合会 | （受給開始 | 年 | 月～） | |
| <input type="checkbox"/> 地方公務員共済組合 | （受給開始 | 年 | 月～） | |
| <input type="checkbox"/> 全国市町村職員共済組合連合会 | （受給開始 | 年 | 月～） | |
| <input type="checkbox"/> 日本私立学校振興・共済事業団 | （受給開始 | 年 | 月～） | |
| <input type="checkbox"/> その他（ | 年金） | （受給開始 | 年 | 月～） |

なお、マイナンバーの情報連携によっても、障害種別、障害等級、具体的傷病名について確認ができない場合には、診断書等の提出を求める場合がありますので、御了承ください。

令和 年 月 日

小林市長 殿

住所 小林市

氏名

（受付日：令和 年 月 日）

【本人確認書類】

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 個人カード | <input type="checkbox"/> 免許証 | <input type="checkbox"/> 健康保険証 |
| <input type="checkbox"/> 手帳（身・知・精） | | |
| <input type="checkbox"/> その他 | | |

【マイナンバーの情報連携による確認】

確認日： 年 月 日

確認者：