

障 害 年 金 等 に 係 る 照 会 同 意 書

\_\_\_\_\_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
- ・ 警察共済組合
- ・ 全国市町村職員共済組合連合会
- ・ 地方職員共済組合団体共済部
- ・ 公立学校共済組合
- ・ 東京都職員共済組合
- ・ 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。