マイナンバーにより精神障害者保健福祉手帳の交付や更新、障害等級の変更の申請を行われる方は、以下の事項及び同意書の記載をお願いします。

現在受給されている障害年金について

〇支給している機関を〇で囲んでください。

1　日本年金機構（ 障害年金 ）
2　日本年金機構（ 特別障害給付金 ）
3　国家公務員共済組合連合会
4　地方職員共済組合
5　地方職員共済組合団体共済部
6　公立学校共済組合
7　警察共済組合
8　東京都職員共済組合
9　全国市町村職員共済組合連合会
10　日本私立学校振興・共済事業団

同意書

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。

令和　　年　　月　　日

岡山県知事　　殿

申請者（本人）氏名

生年月日　　年　　月　　日

住　　所

（同意書を提出した方が本人でない場合は、以下を記入してください。）

氏　　名　　印（続柄：　　）

住　　所