＜様式３＞

同　　意　　書

令和　　年　　月　　日

広島市長

関係年金等支給者　様

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第４５条の規定に基づく精神障害者保健福祉手帳の申請にあたり、マイナンバーによって確認できる情報により障害等級の判定ができない場合は、私が受給している障害年金又は特別障害給付金の受給権の有無、障害等級及び障害の種別並びに精神障害以外の場合は障害内容等について、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。

現在受給されている障害年金を支給している機関を、以下から〇で囲んでください。

１　日本年金機構　　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
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

※なお、この照会によっても障害等級の判定ができない場合は、診断書の提出を求めることになりますので、ご了承ください。

フリガナ

年金等受給者　氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　年　　月　　日

後見人等　氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※精神保健福祉センター記載欄

年金等番号・年金等コード

				―							―				