

様式 17

障害年金や特別障害給付金を受給している方へ

年金証書等の写しにより手続きする場合又は個人番号を利用した情報連携による年金給付関係情報又は特別障害給付金関係情報により判定できない場合は、日本年金機構中央年金センターや共済組合等に文書で照会する必要がありますので、以下の同意書等の記載をお願いします。

同 意 書

年 月 日

愛 知 県 知 事 殿

年金受給者

氏 名 印

(自署の場合押印不要)

精神障害者保健福祉手帳の交付を受けるにあたり、日本年金機構中央年金センター又は共済組合等に障害等級等を確認されて差し支えありません。

※個人番号を利用した情報連携による年金給付関係情報又は特別障害給付金関係情報の把握を希望する場合は、以下の事項を御記載ください。

1. 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○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

2. 現在受給されている障害年金は、いつから支給されていますか。

()

注 個人番号を利用した情報連携による年金給付関係情報又は特別障害給付金関係情報の把握を希望しない場合は、年金証書等の写しや診断書の提出が必要です。また、照会について同意されない場合又はこの同意による文書照会によっても、障害等級の判定ができない場合には、診断書の提出を求めることとなりますので、御了承ください。

市町村確認欄 氏名 (同意の場合記入不要)