

(手帳様式第1号)

年金証書等内容照会同意書

年 月 日

静岡県知事様

申請者 住所

氏名

精神障害者保健福祉手帳の交付を受けるに当たり、下記の障害年金等に係る、障害種別、障害等級、具体的傷病名等について、関係機関に問い合わせ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 |
| ・ 地方職員共済組合団体共済部 | ・ 公立学校共済組合 |
| ・ 警察共済組合 | ・ 静岡県職員共済組合 |
| ・ 全国市町村職員共済組合連合会 | ・ 日本私立学校振興・共済事業団 |