様式１７

障害年金や特別障害給付金を受給している方へ

申請書に個人番号の記載があれば、個人番号により確認できる情報によって手帳の認定を行いますので、申請書に年金証書の写し等の資料の添付を省略できます。省略する場合は、情報照会先等の把握に必要ですので、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。

（　　）

市町村確認欄　氏名　　（省略同意の場合記入不要）

個人番号を利用した情報連携により情報が確認できない場合は、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、以下の同意書の記載をお願いします。

なお、文書照会にあたり、年金証書等の写しを御提出いただく場合がありますので、御了承ください。

同　　意　　書

年　　月　　日

愛　知　県　知　事　殿

年金受給者

氏　名

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。

注　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になりますので、御了承ください。