様式第３号（第２条関係）

同　　意　　書

（宛先）箕面市長

精神障害者保健福祉手帳の交付若しくは更新又は障害等級の変更申請に係る交付判定に当たり、障害種別、障害等級、具体的傷病名について、年金事務所、各共済組合等へ照会することに同意します。

年　　月　　日

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、記入してください。）

氏　　名

（続柄：　　）

住　　所

マイナンバーの活用により精神障害者保健福祉手帳の交付、更新、障害等級の変更の申請を行われる方は、以下の事項に記載をお願いします。

１．現在、受給されている障害年金の種別を〇で囲んでください。

①　障害年金　　②特別障害給付金

２．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　　１０．その他（　　）

３．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。

（　　）

４．精神障害者保健福祉手帳の交付等に当たり、マイナンバーを活用した情報連携で確認できる情報により障害等級の判定を行いますが、判定できない場合には、年金事務所又は各共済組合等へ障害種別、障害等級、具体的傷病名を照会することになります。

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には、診断書等の提出を求めることになりますので、ご了承ください。