

(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
- ・ 警察共済組合
- ・ 全国市町村職員共済組合連合会
- ・ 公立学校共済組合
- ・ 静岡県職員共済組合
- ・ 日本私立学校振興・共済事業団