別記様式第37号

同　　意　　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　島根県立心と体の相談センター所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　年金等受給者

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 |  |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

精神障害者保健福祉手帳の交付審査に際し、下記において支給されている私の障害年金又は特別障害給付金に関して、マイナンバーによって確認できる情報により判定ができない場合は、　あなたが年金事務所又は各共済組合等へ障害の等級、障害の種別、具体的傷病名を照会することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

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

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