様式第１８号（第１２条関係）

**マイナンバーにより手帳の交付や更新、障害等級の変更の申請を行われる方へ**

障害年金や特別障害者給付金を受給されている方は、精神障害者保健福祉手帳の交付にあたって、以下の事項の確認及び同意書の記載をお願いいたします。

|  |
| --- |
| 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。
2. 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
	1. 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。　　　　（　　　　　年　　　　　月　から　・　　　　不明　　　　　　）３．精神障害者保健福祉手帳の交付にあたり、マイナンバーによって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、日本年金機構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。日本年金機構又は各共済組合等へ照会することに同意していただける方は、以下の同意書の記載をお願いします。なお、同意されない場合、又は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（精神障害者保健福祉手帳用）の提出を求めることになりますので、御了承ください。 |
| 同意書　精神障害者保健福祉手帳の交付を受けるにあたり、障害種別、障害等級、具体的傷病名について、日本年金機構又は各共済組合等に照会することに同意します。年　　　月　　　日申請者（本人）　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名鳥取市長　様 |