

# 同意書

福岡県知事 殿

年 月 日

(本人＝年金受給者)

住所

(電話番号 - - )

氏名

(自署又は記名押印)

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定による精神障害者保健福祉手帳の交付を受けるに当たり、障害年金等に係る障害等級等について、日本年金機構又は各種共済組合等に対し、照会す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. 障害年金等を受給している機関

- ・ 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
- ・ 国家公務員共済組合連合会
- ・ 全国市町村職員共済組合連合会
- ・ 地方職員共済組合
- ・ 公立学校共済組合
- ・ 東京都職員共済組合
- ・ 日本私立学校振興・共済事業団