

精神障害者保健福祉手帳の交付にあたり、申請書に記載されるマイナンバーによって確認できる情報によって判定を行います。マイナンバーによって確認できる情報により判定できない場合に、日本年金機構又は各共済組合等へ郵送照会することがあります。

郵送照会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。

## 同意書

大分県知事 殿

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、大分県が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ます。

令和 年 月 日

申請者（本人）氏名	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
住所	

現在受給されている障害年金等を支給している機関を、以下から○で囲んでください。

(複数選択可)

	1.日本年金機構（障害年金）
	2.日本年金機構（特別障害給付金）
	3.国家公務員共済組合連合会
	4.地方職員共済組合
	5.地方職員共済組合団体共済部
	6.公立学校共済組合
	7.警察共済組合
	8.東京都職員共済組合
	9.全国市町村職員共済組合連合会
	10.日本私立学校振興・共済事業団