

# 同意書

精神障害者保健福祉手帳交付のため、マイナンバーの情報連携等による日本年金機構又は各共済組合等への照会など、必要事項の調査について同意いたします。

## 【現在受給されている障害年金の照会先】

- 日本年金機構（国民年金・厚生年金）（受給開始 年 月～）
- 国家公務員共済組合連合会（受給開始 年 月～）
- 地方公務員共済組合（受給開始 年 月～）
- 全国市町村職員共済組合連合会（受給開始 年 月～）
- 日本私立学校振興・共済事業団（受給開始 年 月～）
  
- その他【 年金】（受給開始 年 月～）  
※年金証書及び直近の振込通知書が必要となります

なお、マイナンバーの情報連携によっても、障害種別、障害等級、具体的傷病名等について確認ができない場合には、追加資料（年金証書・振込通知書・診断書等）の提出を求める場合がありますので、御了承ください。

令和 年 月 日

都城市長 あて

住 所 都城市

氏 名

.....ここから下の欄は記入しないでください.....

受け取り記入欄

(更新) 令和 年 月 日

受取日 令和 年 月 日	続柄	氏名	
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 個人カード	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 免許証
	<input type="checkbox"/> 手帳（精・知・身）	<input type="checkbox"/> その他（	<input type="checkbox"/> 健康保険証
		)	確認者

### マイナンバーチェック欄

届出者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 使者 <input type="checkbox"/> 代行			
氏名		住所		
続柄		電話番号		
本人確認	番号確認	代理人本人確認	代理権確認	
・個人番号カード ・運転免許証 ・健康保険証 ・手帳(身・知・精) ・その他 (                      )	・個人番号カード ・通知カード ・住基(職権)	・個人番号カード ・運転免許証 ・健康保険証 ・手帳(身・知・精) ・その他 (                      )	・委任状 ・健康保険証 ・手帳(身・知・精) ・住基 ・その他 (                      )	
確認日		確認者		