

令和 年 月 日

障害年金及び特別障害給付金についての照会に関する同意書

神奈川県知事 殿

住 所

氏 名

(自署または記名押印)

印

生年月日 年 月 日

私は、精神障害者保健福祉手帳の交付判定のために、障害年金及び特別障害給付金の支給権者に対して、障害年金等を現に受けていること、障害種別、障害等級、具体的傷病名について照会することに同意します。

見本

申請日を記入

令和 4年 7月 1日

障害年金及び特別障害給付金についての照会に関する同意書

神奈川県知事 殿

申請者（障害者本人）の住所・
氏名・生年月日を記入。

住 所 大和市鶴間1-31-7

- ・申請者（障害者本人）の自署または記名押印が必要。
- ・親、兄弟等の申請の場合は、本人の名前を代筆し、本人の名前の下に代筆者の氏名を**連名**とすること。
- ・成年後見人等が申請する際は、同意書には本人氏名及び成年後見人等の氏名を記載。

氏 名 大和 太郎
(自署または記名押印)

印

生年月日 昭和60年 5月 20日

私は、精神障害者保健福祉手帳の交付判定のために、障害年金及び特別障害給付金の支給権者に対して、障害年金等を現に受けていること、障害種別、障害等級、具体的傷病名について照会することに同意します。

以下の書類を必ず添付してください。

1. 年金証書の写しもしくは特別障害者給付受給資格証の写し
「基礎年金番号」、「受給資格者番号」が記載されているもの
【基礎年金番号欄が「*****」となっているものは不可】

2. 直近の年金振込通知の写し
3. 既存の手帳の写し（新規は除く）

※成年後見人等による申請の場合以下の書類も必要です。

登記事項証明書

成年後見人等の本人確認書類の写し