年金情報照会同意書

神戸市長あて

精神障害者保健福祉手帳の交付を受けるにあたり、マイナンバーの情報連携によって、障害種別、障害等級、具体的傷病名等について年金事務所または各共済組合等へ照会することに同意します。

　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、添付資料の提出を求められることについても了承します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　申請者（本人）氏名

　生年月日

　　　　　年　　　　月　　　　日

　住所

　神戸市　　　　　区

（同意書を提出した方が本人でない場合は、以下を記入してください。）

　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　　　）

　住所