**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

※該当する項目に〇をつけてください。

1. 障害年金等の種別

・　障害年金　　　　　　　　　　　　　・　特別障害給付金

1. 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　　　　・　公立学校共済組合

・　警察共済組合　　　　　　　　　　　・　東京都職員共済組合

・　全国市町村職員共済組合連合会　　　・　日本私立学校振興・共済事業団