

障害年金等受給状況照会にかかる同意書

令和 年 月 日

神戸市 福祉事務所長 宛

申請者の住所 神戸市 区

申請者の氏名 印

私は、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」における自立支援給付の支給認定申請にあたり、負担上限月額の設定のために必要があるときは、貴福祉事務所が社会保険事務所等に対し、私の障害年金等公的年金（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金等）に関する下記の事項について照会し、資料の提供を求めることに同意します。

記

1. 対象者（申請者）

氏名		性別	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生
現住所	神戸市 区			
基礎年金番号				

2. 照会事項

上記対象者（申請者）の

- (1) 現在、障害年金等公的年金が受給されている場合の年金の種別及び障害等級
- (2) 現在、障害年金等公的年金が受給されている場合の年金の受給額（年額）

3. 根拠規定

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）

第12条 市町村等は、自立支援給付に関して必要があると認めるときは、障害者等、障害児の保護者、障害者等の配偶者又は障害者等の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者の資産又は収入の状況につき、官公署に対し必要な文書の閲覧若しくは資料の提供を求め、又は銀行、信託会社その他の機関若しくは障害者の雇用主その他の関係人に報告を求めることができる。