



Authorization / Consent Form

許可／同意書

Contributor's Family Name / 被保険者の姓

Contributor's Canadian Social Insurance Number
被保険者のカナダの社会保険番号

Contributor's Given Name / 被保険者の名

(Name of Medical Doctor)

I hereby authorize _____ to release any medical information, in respect to my claim, to Human Resources Development Canada for the purposes of determining whether I am disabled under the Canada Pension Plan. I understand that this information is essential to determine that I have or continue to have a severe and prolonged mental or physical disability. In addition, this information will be used to determine the date my disability began or ceased under the terms of the Canada Pension Plan. I also understand that should I choose not to consent, a decision will be based on the evidence available in my file, which could result in a denial of my claim.

(医師の氏名)

私は本書により _____ に対して、私がカナダ年金制度に基づく障害者であるかどうかを決定する目的で、私の請求に関してあらゆる医療情報をカナダ人材開発省に開示することを認めます。私が重大かつ長期的な精神障害又は身体障害を負っていること又はこの状態が継続していることを明らかにするのに本情報が不可欠であることを理解しています。さらに、本情報は、カナダ年金制度の条件による私の障害の開始日又は終了日を決定するために使用されます。また、私は、私が同意しないことを選択した場合、私のファイルにある証拠に基づいて決定が下され、その結果私の請求が却下される可能性があることも理解しています。

Signature of Contributor/Applicant
被保険者／申請者の署名

Year / 年 Month / 月 Day / 日

NOTICE TO THE MEDICAL DOCTOR / 医師に対する留意事項

- Your patient is applying for a disability pension under the Canada Pension Plan and has provided you with authorization to release information requested in the attached medical report. To assist us in determining eligibility, please complete the report on his/her behalf. Please use a pen and write legibly. **Return it to your patient as quickly as possible. A delay may affect his/her eligibility for benefits.**

貴殿の患者がカナダ年金制度に基づく障害年金を申請し、貴殿に添付の診断書で要求されている情報の開示を許可しました。当方による受給資格の決定に役立てるために、患者のために診断書に記入してください。ペンで、判読できるように書いてください。診断書はできる限り早急に患者にお返ください。遅れた場合、受給資格に影響を及ぼす場合があります。

- To be eligible, an individual must be disabled according to Canada Pension Plan definition.
受給資格を認められるためには、申請者はカナダ年金制度による障害者の定義に該当しなければなりません。
- A disability is a physical or mental impairment that is both severe and prolonged. "Severe" means that the person is "incapable of pursuing any substantially gainful occupation". "Prolonged" means that the severe disability is expected to continue for a significant time, and that its duration cannot be predicted with any certainty or is likely to result in death.
障害とは、重度かつ長期に及ぶ身体障害又は精神障害を意味します。「重度」とは、「実質的に有給の職業を定期的に追求することができないことを意味します。「長期に及ぶ」とは、重度の障害が長く継続し、期間を予測することができない、若しくは死に至る可能性が高いことを意味します。
- It is helpful if you can provide some measurement of the patient's functional limitation.
患者の機能障害の程度を示していただくことができれば役立ちます。
- An applicant may be requested to undergo an independent medical examination by a doctor designated by Human Resources Development Canada.
申請者はカナダ人材開発省が指名する医師による独立した健康診断の受診を要請される場合があります。
- The decision as to whether or not a person is disabled is the responsibility of the Canada Pension Plan. Objective medical evidence and other factors are considered when determining eligibility.
申請者が障害者であるか否かはカナダ年金制度が決定します。年金受給可否の決定に際しては、客観的な医学的証拠及びその他のデータが考慮されます。

PRIVACY ACT / 個人情報保護法

Pursuant to the *Privacy Act*, an individual has the right to request access to any information or any records, including medical reports, about him/her in Federal Government files. The information contained on all Canada Pension Plan applications made under a reciprocal social security agreement is contained in Personal Information Bank HRSDC PPU 175.

個人情報保護法に従って、個人には連邦政府のファイルに保管されている自己に関するあらゆる情報又は記録（健康診断を含む）へのアクセスを要求する権利があります。社会保障協定に基づいて提出されるカナダ年金制度のすべての申請書に記載された情報は個人情報バンク HRSDC PPU 175に保存されます。

Note: You may, at your discretion, replace this report with a general narrative in letter form or computer print-out.
注: 医師は、その裁量により、本診断書用紙の代わりに、一般的記述文書またはコンピュータ出力文書を診断書として提出することもできます。

PLEASE RETAIN THIS AUTHORIZATION / CONSENT FORM FOR YOUR RECORDS
本許可／同意書を記録用として保存しておいてください。

ISP-5875-01-08 E

