

様式第1号

同 意 書

年 月 日

(あて先) 三 条 市 長

住 所
氏 名

生 年 月 日 年

月 日

精神障害者保健福祉手帳の交付にあたり、私の障がいの等級等について年金事務所（年金を支給する共済組合・特別障害給付金については日本年金機構ブロック本部）に照会することに同意します。