

照 会 同 意 書

精神障害者保健福祉手帳交付申請に伴う、障害の状況に関する証明書に必要な事項について、貴職が年金支給機関に照会することに同意します。

令和 年 月 日

(年金受給者)

住 所

ふ り が な

氏 名

生年月日 大・昭・平 年 月 日

富山市保健所長 様