

# 照 会 同 意 書

精神障害者保健福祉手帳の交付を受けるにあたり、マイナンバー  
の情報連携または公用照会等により、現在における年金等受給状況  
について年金支給機関等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 県 知 事

富 山 市 保 健 所 長

殿