

同意書

福岡県知事殿

令和 年 月 日

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 45 条の規定による精神障害者保健福祉手帳の交付のために必要があるときは、社会保険事務所又は各種共済組合等に対し、障害等級などを照会することに同意します。

(本人＝年金受給者)

住 所 大牟田市

(電話番号 — —)

氏 名 印