

別紙様式 1

同 意 書

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、私の障害年金の受給状況につき、貴職が日本年金機構等関係機関に照会し、照会された機関が個人情報を提供することについて同意します。

令和 年 月 日

申 請 者 住 所
(精神障害者本人)

氏 名

福島県知事