

同意書

私は、障害者手帳(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、障害の等級および支給事由等、現在における年金の受給状況について、関係機関(官公署、年金事務所、共済組合等)に調査、照会を行うことまたは関係者に報告を求めることに同意します。

鹿 児 島 県 知 事
市 町 村 長 } 殿

令和 年 月 日

申請者の住所 _____

氏 名 _____ 印