

様式第4号

同 意 書

年 月 日

新潟県糸魚川市長 様

住 所

氏 名

㊟

生 年 月 日

年 月 日

精神障害者保健福祉手帳の交付に当たり、私の障害の等級等について年金事務所（年金を支給する共済組合・特別障害給付金については日本年金機構ブロック本部）に照会することに同意します。