

年金事務所照会同意書

_____ 知事 様

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

年金受給者

氏名 _____ 印

住所 _____

電話 _____

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日付の精神障害者保健福祉手帳の交付申請に添付した年金証書の写し等に関する下記の内容について、年金事務所等に照会することに同意します。

記

1. 受給権の有無
2. 障害の程度（級号・有期）
3. 障害の種別（精神障害・知的障害・中枢神経・その他）

以上