

同 意 書

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)による精神障害者保健福祉手帳の交付を受けるため、年金事務所等に対し、私が受給している障害年金の障害等級について、照会することに同意します。

年 月 日

岩手県一関保健所長 様

年金の種類

年金証書の記号番号

住所 一関市

氏名

印