

# 同意書

平成 年 月 日

大分県知事 殿

私は、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けるために必要な事項を、大分県が次の機関に対し照会することについて同意します。

なお、この同意は私が上記手帳の交付又は却下を受けるまでとします。

障害年金受給者の氏名

印

住 所

生年月日

年 月 日

年金証書を発行した機関名	
年金証書番号	

\*氏名は、自署または記名捺印