

同意書

門川町長 殿

精神保健及び精神障害者保健福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳の交付を受けるにあたり、障害種別、障害等級、具体的傷病名については、年金事務所又は各共済組合等へ照会することに同意します。

令和 年 月 日

個人番号

住所

氏名

印