

(年金事務所等照会用)

同 意 書

大 阪 府 知 事 様

精神障害者保健福祉手帳の交付判定にあたり、年金事務所等に
照会されることに同意します。

平成 年 月 日

年金受給権者 住 所

氏 名

印