同　意　書

福岡県知事　様

令和　　年　　月　　日

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第４５条の規定による精神障害者保健福祉手帳の交付のために必要があるときは、年金事務所又は各種共済組合等に対し、障害等級などを照会することに同意します。

年金受給者

住所　三潴郡大木町大字

電話番号　　－　　－

氏名　　印