

同意書
(精神障害者保健福祉手帳申請用)

平成 年 月 日

(宛先) 京 都 市 長

年金等受給者氏名

⑩

精神障害者保健福祉手帳の交付の決定に関し、申請の際に添付した年金証書等の写し又は特別障害給付金受給資格者証等の写しに基づき、貴職が社会保険事務所又は各共済組合等に対し、障害基礎年金又は特別障害給付金等の障害等級、支給事由及び現に年金又は特別障害給付金を受けていることについて、確認するための照会をすることに同意します。