

第1号様式

同 意 書

平成 年 月 日

新潟県 保健所 様

住 所

氏 名

生 年 月 日 年 月 日

精神障害者保健福祉手帳の交付に当たり、私の障害の等級及び支給事由（診断名）について年金事務所（年金を支給する共済組合・特別障害給付金については日本年金機構中央年金センター）に照会することに同意します。