

同 意 書

精神障害者保健福祉手帳の交付にあたり、障害の判定のために、日本年金機構中央年金センター（年金事務所）又は各共済組合等に対し障害の等級等を照会することに同意いたします。

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

（宛先）

埼 玉 県 知 事