

受付 NO.

年金額等の調査に対する同意書

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号）による精神障害者保健福祉手帳の交付を受けるため、年金事務所等に対し、私が受給している障害年金の障害等級等について照会することに同意します。

令和 年 月 日

岩手県知事 様

申請者

年金の種類 障害

年金記号番号

住 所 盛岡市

氏 名 印