

No \_\_\_\_\_

## 年金額等の調査に対する同意書

私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく医療を受けたいので、障害年金額・特別児童扶養手当等の調査について、貴市に依頼することに同意します。

令和 年 月 日

盛岡市長 様

申請者（受診者が 18 歳未満のときには保護者）

住所 盛岡市

氏名

生年月日 年 月 日