同　意　書

令和　　年　　月　　日

大分県知事　殿

私は、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けるために必要な事項を、大分県が次の機関に対し照会することについて同意します。

なお、この同意は私が上記手帳の交付又は却下を受けるまでとします。

|  |  |
| --- | --- |
| 障害年金受給者の氏名 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　　年　　　月　　日 |

＊氏名は、自署または記名捺印

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　　年金証書を発行した機関名 |  |
| 年金証書記号番号 | 　 |