

別記様式第3号（第2条関係）

同 意 書

年 月 日

妙高市長宛

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、私の障害等級等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ブロック本部）に照会することに同意します。