

同 意 書

精神障害者保健福祉手帳交付のために必要な場合は、長崎県知事が日本年金機構中央年金センター又は各共済組合等に対し障害年金又は特別給付金の決定状況及び受給状況について照会することに同意します。

令和 年 月 日

受給者住所

生年月日

受給者氏名

※ 年金証書又は特別給付金の写しを添付して申請する場合