

(年金事務所等照会用)

同意書

三重県知事 様

精神障害者保健福祉手帳の交付判定にあたり、年金事務所等に照会されることに同意します。

令和 年 月 日

年金受給権者 住 所

氏 名

印

(注) 受給者本人の住所氏名及び年月日を記載のうえ、必ず押印してください。
住所等変更の際には、年金事務所等への届出を必ず済ませておいてください。