（年金事務所等照会用）

同　　　意　　　書

大 阪 府 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。

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　年金受給権者　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　氏　　名