

年金事務所等照会同意書

兵庫県知事 様

年 月 日

年金受給権者

氏名 _____ ⑩

住所 _____

電話 _____

年 月 日付の精神障害者保健福祉手帳の交付申請に添付した年金証書の写しに関する下記の内容について、年金事務所等に照会することに同意します。

記

- 1 受給権の有無
- 2 障害の程度（級号・有効期限）
- 3 障害の種別（精神障害・知的障害・中枢神経系・その他）