|  |
| --- |
| ※市町名 |
| ※受理年月日　 　 　年 　　月　　 日 |

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福岡広域事務センター・年金事務所又は各共済組合等に対し年金又は特別給付金の障害等級を照会することに同意します。

障害者手帳申請書の日付と合わせるか、それ以前の日付でも構わないが、１か月以内ぐらいの日付で。

平成　　　　年　　　月　　　日

受給者住所

生年月日

受給者氏名

障害者手帳申請書の申請者の印と同じ印鑑を押す。

* 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

障害者手帳申請書の申請者の印と同じ印鑑を押す。

障害者手帳申請書の日付と合わせるか、それ以前の日付でも構わないが、１か月以内ぐらいの日付で。