

同 意 書

私は、精神障害者保健福祉手帳の交付申請に際し、精神障害を支給事由として給付を受けている年金又は特別障害給付金の等級等について、奈良県精神保健福祉センター所長が、社会保険事務所等に照会されることに同意します。

奈良県精神保健福祉センター所長 殿

平成 年 月 日

住所 奈良県

氏名

印