

様式第1号（第2条関係）

（年金事務所等照会用）

同 意 書

（あて先）大東市長

精神障害者保健福祉手帳の交付判定に当たり、年金事務所等にわたしが受給している年金の等級や受給状況を照会されることについて同意します。

年 月 日

年金受給権者 住 所

氏 名

印