

様式第 6 5 号

障 害 年 金 に 係 る 照 会 同 意 書

年 月 日

宮城県知事 殿

住 所
ふりがな
氏 名

生年月日 年 月 日生

私の受給している下記の障害年金について、精神障害者保健福祉手帳交付事務に必要な範囲において、関係機関に照会することに同意します。

記

- 1 障 害 年 金 の 種 別
- 2 障害年金証書の記号番号