様式第１号

同　　意　　書

年　　月　　日

十日町市長　様

住　　所

（障がい者本人）氏　　名　　㊞

生年月日　　年　　月　　日

精神障害者保健福祉手帳の交付にあたり、私の障がいの等級及び支給事由（診断名）について日本年金機構又は各共済組合等の実施機関に照会することに同意します。