

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。