

(別 紙)

同 意 書

平成 年 月 日

北 海 道 知 事 様

住 所
(同意者)
氏 名 印

次の事項を照会することに同意します。

記

- 1 問い合わせ事項
障害の種別及び等級 (現在のもの)
- 2 問い合わせ先
各年金事務所等 各共済組合等
- 3 理由
精神障害者保健福祉手帳の交付申請時の提出書類では上記事項が確認できないため。