

障害年金証書内容照会同意書

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく障害者手帳の交付申請について、貴職が年金証書の内容について、中央年金センター又は各共済組合等へ照会することに同意します。

年 月 日

申請者本人

住 所

氏 名

印

生年月日

年 月 日

石川県こころの健康センター所長 殿