

同意書

精神障がい者保健福祉手帳発行のために必要があるときは、私の障害の状態について該当する等級につき、貴職が年金事務所、各共済組合、その他の関係機関に照会することに同意します。

記

平成 年 月 日

酒田市長 殿

同意者

住 所 酒田市_____

(ふりがな)

氏 名 _____ 印

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日