

(様式49号)

## 同 意 書

(あて先)

北 九 州 市 長

年 月 日

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定による精神障害者保健福祉手帳の交付のために必要があるときは、日本年金機構又は各共済組合等に対し、障害等級等を照会することに同意します。

(本人=年金受給者)

住所

(電話番号

)

氏名