

同 意 書

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 4 5 条第 1 項に規定する精神障害者保健福祉手帳の交付を受けるため、私が受給する年金の等級及び年金種別について、和歌山県精神保健福祉センター所長が関係機関に照会することに同意します。

令和 年 月 日

和歌山県精神保健福祉センター所長 様

住 所

氏 名