

# 照 会 同 意 書

精神障害者保健福祉手帳の交付を受けるにあたり、マイナンバー  
の情報連携または公用照会等により、現在における年金等受給状況  
について年金支給機関等に照会することに同意します。

令和        年        月        日

(年金受給者)

住        所

ふ   り   が   な  
氏        名

生年月日        大・昭・平・令        年        月        日

富 山 県 知 事	}	殿
市町村長		