

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
市町村長

殿