（年金事務所等照会用）

**同　意　書**

（提出先）大阪市長

　精神障がい者保健福祉手帳の交付を受けるにあたり、

障がい種別、障がい等級、具体的傷病名について、

１．日本年金機構

２．国家公務員共済組合連合会　　　３．地方職員共済組合

４．地方職員共済組合団体共済部　　５．公立学校共済組合

６．警察共済組合　　　　　　　　　７．東京都職員共済組合

８．全国市町村職員共済組合連合会　９．日本私立学校振興・共済事業団

（※支給機関を〇で囲んでください）

へ照会することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

申請者（本人）

　住所　大阪市　　　　　区

　　　　　　　　　氏名