



(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○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