

別紙様式2

# 同 意 書

年 月 日

滋賀県知事

様

氏 名

住 所

生年月日

年 月 日

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づき精神障害者保健福祉手帳を申請するにあたり、貴殿が、添付書類の年金証書等について社会保険事務所等に障害等級または障害種別について照会し、報告を求めることに同意します。