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。