

(別紙様式 9)

## 照 会 同 意 書

私は、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けるため、茨城県知事が日本年金機構又は各種共済組合等に障害年金等の受給資格の有無、障害の種別、等級など必要な事項について照会し、報告を求めることに同意します。

令和 年 月 日

申請者（精神障害者本人）

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

住所 茨城県 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_