

同 意 書

令和 年 月 日

山口県知事 様

申請者（精神障害者本人）

住 所

氏 名 ⑩

私は、障害者手帳交付に係る障害等級の判定のため、私が受給権を有している障害年金（又は特別障害給付金）に関して、年金事務所等に照会されることに同意します。

※ 申請者氏名については、自筆による署名の場合であっても、押印をお願いします。