

同 意 書

年 月 日

南魚沼市長 宛

住 所

氏 名

印

生 年 月 日

年 月 日

南魚沼市精神障がい者医療費助成の認定（更新）申請にあたり、私の障害年金の等級及び支給事由について、日本年金機構（年金を支給する共済組合）に照会することに同意します。