

様式第3号（第2条関係）

同 意 書

年 月 日

（あて先）南魚沼市長

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

精神障害者保健福祉手帳の交付にあたり、私の障害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。