

同意書

精神障がい者保健福祉手帳の交付にあたり、マイナンバーによって確認できる情報により障がい等級の判定を行いますが、判定できない場合に、障がい種別、障がい等級について、年金事務所又は各共済組合等へ照会することに同意します。

また、照会の結果、障がいの種別が精神障がい者保健福祉手帳の交付要件に該当しない場合は、別途診断書の提出が必要であることを了承します。

令和 年 月 日

氏名(申請者本人)

住 所

生 年 月 日 S・H・R 年 月 日
