

同 意 書

令和 年 月 日

愛媛県知事 様

住 所 伊予郡砥部町

氏 名

私は、私に係る精神障害者保健福祉手帳の交付に関する手続きのため、私が
受給する障害年金に関する照会が行われることに同意します。