

(様式3)

同 意 書

年 月 日

長野県知事 様

氏 名 印

住 所

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条第1項の規定による障害者手帳の交付等の申請をするにあたり、障害者手帳の障害等級の判定のために、年金事務所、各共済組合等に対し、私の障害年金又は特別障害給付金の障害等級等を照会することに同意します。