

日本年金機構等への照会同意書

鳥取県知事 様

精神障害者保健福祉手帳の交付申請に添付した年金証書の写し又は年金支給機関が交付した書類の写しの全ての内容について、日本年金機構又は各共済組合等に照会することに同意します。

令和 年 月 日

年金受給者 住所

氏名

印

注 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。