

(様式第3)

## 年金照会の同意書

(あて先)

福岡市長

令和 年 月 日

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定による精神障害者保健福祉手帳の交付のために必要があるときは、年金事務所又は各共済組合等に対し、私の年金の障がい等級等が照会されることに同意します。

(本人=年金受給者)

住 所

(電話番号 — — — )

氏 名