

障害年金証書についての照会に関する同意書

令和 年 月 日

(あて先) 川崎市長

(現居住地) 川崎市

(氏名) 印 (自署又は記名捺印)

(生年月日) M・T・S・H 年 月 日

私は、精神障害者保健福祉手帳交付の判定のため、年金の支給権者に対し、
障害年金証書の内容について照会することに同意します。