

様式第8(第4条関係)

(年金事務所等照会用)

同 意 書

(宛先) 東大阪市長

精神障害者保健福祉手帳の交付判定にあたり、年金事務所等に
照会されることに同意します。

年 月 日

年金受給権者 住 所 東大阪市

氏 名