

障害年金照会同意書

平成 年 月 日

青森県知事 殿

申請者 氏 名 印
生年月日 年 月 日
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条の精神障害者保健福祉手帳の交付申請に必要な障害年金の（等級・種別）について、下記理由により、県が関係機関へ照会することに同意します。

理 由