

北海道知事 様

同意者 住所
氏名



次の事項を照会されることに同意します。

記

- 1 照会事項
障害の種別及び現在の等級
- 2 照会先
日本年金機構
- 3 照会理由

〔精神障害者保健福祉手帳の交付申請について、提出書類では障害の種別等が困難である（できない）ため。〕