

別 紙

同 意 書

香 川 県 知 事 殿

私（申請者）は、精神障害者保健福祉手帳の交付等の申請に当たり、私の障害等級の判定のため、香川県の職員が、年金事務所又は各共済組合等に対し、私が受給している障害年金又は特別障害給付金に係る種別、障害等級、受給状況等について照会することに同意します。

年 月 日

申請者 氏 名

住 所