

第4号様式

同 意 書

年 月 日

魚 沼 市 長 様

住 所

氏 名

生 年 月 日

年 月 日

精神障害者保健福祉手帳の交付に当たり、私の障害の等級及び支給事由（診断名）について日本年金機構又は各共済組合等の実施機関に照会することに同意します。