（日本年金機構等照会用）

同　意　書

　三重県知事　様

　精神障害者保健福祉手帳の交付判定にあたり、日本年金機構または各共済組合等に照会されることに同意します。

　令和　　　年　　　月　　　日

　　年金受給権者　住　所

　　　　　　　　　氏　名