同　意　書

令和　　年　　月　　日

愛媛県知事　　中　村　時　広　　様

住　所　伊予市

氏　名　　印

私は、私にかかる精神障害者保健福祉手帳の交付に関する手続きのため、私が受給する障害年金に関する照会が行なわれることに同意します。