

【参考様式3】

同意書

精神障害者保健福祉手帳の交付を受けるにあたり、マイナンバーを活用した情報連携又はその他関係書類によって確認できる情報により障害等級の判定ができない場合には、障害種別、障害等級、具体的傷病名について、岩手県が年金事務所又は各共済組合等へ照会することに同意します。

岩手県知事 様

令和 年 月 日

申請者（精神障がい者本人）氏名

住 所

（同意書を提出した方が本人でない場合は、以下を記入してください。）

氏 名

（続柄： ）

住 所