第５号様式

年金証書（特別障害給付金受給資格者証）内容照会同意書

　　　　年　　月　　日

浜　松　市　長

申請者　住　所

氏　名

精神障害者保健福祉手帳の交付又は更新の認定に当たり、浜松市が

（　年金事務所　・　共済組合　）に対して年金証書（特別障害者給付金受給資格者証）の内容（現在の支給状況）について照会することに同意します。