

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。