

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

令和 年 月 日

浜 松 市 長

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

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（特別障害給付金受給資格者証）の精神障害の状態について該当する等級を照会することに同意します。