

特別障害給付金受給資格者証内容照会同意書

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく障害者手帳の交付申請について、貴職が受給資格者証の内容について、事務センターへ照会することに同意します。

年 月 日

申請者本人

住 所

氏 名 印

生年月日 年 月 日

石川県こころの健康センター所長 殿