

同 意 書

障害者手帳の交付のために必要があるときは、私の障害年金の受給状況につき、貴職が社会保険庁等関係機関に照会し、照会された機関が個人情報を提供することについて同意します。

年 月 日

申請者 住所

氏 名

印

福島県知事