

同意書

年 月 日

愛媛県知事 様

住 所 伊予郡松前町大字

氏 名 印

私は、私にかかる精神障害者保健福祉手帳の交付に関する手続のため、私
が受給する障害年金に関する照会が行われることに同意します。