

# 同意書

平成 年 月 日

北海道知事様

同意者 住所

氏名

印

次の事項を照会することに同意します。

## 記

- 1、 問い合わせ事項  
障害の状態及び等級（現在のもの）
- 2、 問い合わせ先
  - ・日本年金機構（年金事務所）
  - ・国家公務員等共済組合連合会
  - ・地方公務員共済組合
  - ・私立学校教職員共済組合
  - ・農林漁業団体職員共済組合
- 3、 理由  
精神障害者保健福祉手帳の交付申請時の提出書類では上記事項が確認できないため