

社会保険事務所等照会同意書

兵庫県知事様

平成 年 月 日

年金受給権者

氏名 (印)

住所 加古郡播磨町

電話 () -

平成 年 月 日付の精神障害者保健福祉手帳の交付申請に添付した

年金証書の写し等について、社会保険事務所等に照会することに同意します。