

(個人番号等／年金機構照会用)

同 意 書

豊中市長様

精神障害者保健福祉手帳の交付判定にあたり、下記について同意します。

1. 豊中市担当職員が個人番号および住民基本台帳等を閲覧すること。
2. 豊中市長が障害年金の受給状況について、日本年金機構等に照会すること。

年 月 日

住 所

氏 名
(本人)

印