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、年金事務所等に照会されることに同意します。

　年　　　月　　　日

　　　　　　　　 　　 住　所

　　　　　　　　　　 　 氏　名

　　　　　　　　　　 （本人）