

年 月 日

障害年金・特別障害給付金受給資格についての 照会に関する同意書

横 浜 市 長

氏名	_____	印
住所	_____	
生年月日	_____	

私は、精神障害者保健福祉手帳交付の決定のために、年金の支給権者に対し、
障害年金・特別障害給付金の受給資格に関するこの内、現に受給しているか、
支給事由、障害等級などの内容について照会することに同意します。

障害年金・特別障害給付金受給資格についての 照会に関する同意書

横 浜 市 長

氏名

(対象者氏名) ○○ ○○

印

※氏名の後に押印してください。

住所

(対象者住所)
横浜市中区港町○-○

生年月日

(対象者生年月日) 平成○年○月○日

申請者が成年後見人の
場合は、こちらも御記入く
ださい。
※登記事項証明書(半年
以内に発行したもの)の
写しを送付してください。

成年後見人の氏名 ●● ●●

印

※氏名の後に押印してください。

成年後見人の住所

※登記事項証明書に記載のある住所を御記入
ください。

成年後見人の生年月日 平成○年○月○日

私は、精神障害者保健福祉手帳交付の決定のために、年金の支給権者に対し、
障害年金・特別障害給付金の受給資格に関するこの内、現に受給しているか、
支給事由、障害等級などの内容について照会することに同意します。