

(別記様式第2号)

同意書

精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定のため、社会保険事務所又は各共済組合等に対する精神障害の状態について該当する等級を照会することに異存ありません。

平成 年 月 日

申請者氏名

印

社会保険事務所長 あて