

令和 年 月 日

北海道知事 様

同意者 住所
氏名

次の事項を照会されることに同意します。

記

- 1 照会事項
障害の種別及び現在の等級
- 2 照会先（いずれかを○で囲むこと）
日本年金機構
北海道市町村職員共済組合
公立学校共済組合
国家公務員共済組合連合会
警察共済組合本部
- 3 照会理由
精神障害者保健福祉手帳の交付申請について、提出書類では障害の種別等が困難であるため。