

別記様式第16号（規格A4）（第9条関係）

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に、年金事務所又は各共済組合等に対して、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同意します。

令和 年 月 日

申請者氏名

印

群馬県知事 様