

様式第4号

(年金事務所等照会用)

# 同意書

(あて先) 八尾市長

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

年金受給権者 住所 **八尾市本町○-○-○**

氏名 **八尾 太郎**