

北海道知事 様

〒
住所
同意者
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

(記載例：障害の種別及び現在の等級)

2 照会先

日本年金機構、共済組合等

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の確認が困難である（できない）ため。