

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

日本年金機構

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。〕