

同意書

令和 年 月 日

京都府知事 様

年金受給者

氏 名 _____ (自署)

精神保健及び精神障がい者福祉に関する法律による障がい者手帳・通院医療費公費負担申請書に添付した年金証書に基づき、関係年金事務所又は共済組合に障がい等級、精神障がいの有無及び受給状況を確認されても差支えありません。