

別紙第 5 6 号様式

年 月 日

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。 〕