**同　　意　　書**

（あて先） 名 古 屋 市 長

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　受　給　者

氏　 　名

精神障害者保健福祉手帳の交付申請書に添付した

年金証書

給付金受給資格者証

の写しに基づき、関係年金事務所又は共済組合等に障害等級等を確認されて差し支えありません。