別記様式第１６号（規格Ａ４）（第９条関係）

**同　意　書**

　精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定のために、年金事務所又は各共済組合等に対して、精神障害の状態について該当する等級を照会することに同意します。

年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

　　　　群馬県知事　あて