処理様式第１号

同　　　意　　　書

所　沢　市　長　宛

　精神障害者保健福祉手帳の申請にあたり、本人確認のための個人番号の取得について同意します。

　また、照会をするにあたり、関係する担当課または、その他官公署に対し、私達が同意している旨を伝えて構いません。

平成　　　年　　　月　　　日

ご住所　所沢市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞