

<手帳単独申請用>

照会同意書

私は、精神障害者保健福祉手帳を取得するため、つくば市長が、私の住民記録資料等必要な事項について調査、照会、閲覧し、必要に応じて申請書類の内容を補正することに同意します。

年 月 日

申請者（手帳取得予定者）

氏名 _____

住所 茨城県つくば市 _____

転入の方のみ記入欄

施設入所（グループホーム含む） < 有 ・ 無 >

施設名（ ）